Rok XL. Kraków, 21 Września 1901. Nr 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Profesora Dr. Ludwika Rydygiera.

Przyczynek do leczenia operacyjnego wargi zajęczej u niemowląt.

Podał

Dr. Stanisław Mosing

c. k. lekarz pułkowy, przydzielony do kliniki chirurgicznej.

Odsetek śmiertelności po operacyi wargi zajęczej, wykonywanej u niemowląt w pierwszym roku życia, jest jeszcze dzisiaj, mimo przestrzegania prawideł anty- i aseptyki, dość znaczny, jak tego dowodzą daty statystyczne z ostatniego dziesięciolecia.

I tak umierało według Hoffy, który dane swe oparł na spostrzeżeniach, dotyczących 266 dzieci po operacyi jednostronnej wargi zajęczej, zależnie od stopnia tego cierpienia 24–30%, po operacyi obustronnej wobec wystającej kości międzyszczękowej 59%. Według dalszych zestawień tegoż autora, zginęła czwarta część, z 439 operowanych dzieci, w pierwszych trzech miesiącach po operacyi. Bosch obliczył jeszcze w r. 1893, śmiertelność w pierwszych miesiącach operowanych dzieci na 50%. Gotthelf wykazał na podstawie spostrzeżeń w klinice heidelberskiej, iż śmiertelność po operacyi wargi zajęczej u niemowląt, odpowiada ilości krwi, utraconej w czasie operacyi. Według tego autora dochodzi śmiertelność, przy prostem okrwawieniu brzegów wargi, do 38·2%, przy oddzieleniu części miękkich od szczęki do 44·4%, przy przesunięciu kości śródszczękowej ku tyłowi do 50%.

Dodając tedy dane tych i innych autorów, jak Trendelenburga (41·6%), Fahrenbacha, Abla i Müllera (38% — 39·2%), otrzymalibyśmy 38%, jako liczbę, oznaczającą nam średnią śmiertelność w pierwszym roku życia po operacyi wargi zajęczej u niemowląt.

Za przyczynę tej wysokiej śmiertelności przyjmowano znaczną utratę krwi w czasie zabiegu, co w następstwie nawet po szczęśliwie przeprowadzonej operacyi pociągało za sobą uwiąd niemowląt *(marasmus)* w pierwszym roku życia.

Aby zapobiedz upływowi krwi, uskuteczniano dawniej okrwawienie wargi zajęczej w ten sposób, iż poprzednio przyżegano brzegi szczeliny rozżarzonem żelazem, zszywano je zaś następowo, w chwili oddzielania się strupów. Sposób ten obecnie zupełnie zarzucono. Okrwawienie rozszczepu wargi uskutecznia się zawsze nożem; nożyczki zalecone w tym celu przez Marc See'a w roku 1874, nie przyjęły się w praktyce.

W zeszycie 301 zbioru klinicznych wykładów Volkmanna z roku 1901, zaznacza Wolff autorstwo swe sposobu, który zaleca kilkakrotnie od roku 1886, w celu ograniczenia utraty krwi podczas operacyi wargi zajęczej. Nawiasowo zauważyć wypada, iż sposób ten, znany był i używany przed ogłoszeniem go przez Wolffa czego dowodem, iż pomiędzy innymi, i Rydygier już w podręczniku swym w roku 1886 zaleca go jako zapobiegający „wszelkiemu nieomal krwawieniu“.

Sposób ten polega na dokładnem zamknięciu tętnic wieńcowych *(aa. coronariae)*, przez ucisk, który asystent wywiera kciukiem i wskazicielem w okolicy kąta ust (Digitalconstriction). Widoki operacyi, wykonanej w tych warunkach, miały się znacznie poprawić, mimo to, (przytaczam słowa Wolffa, „na ten sposób operowania, mimo kilkakrotnych opisów i zalecania go, prawie nikt nie zwrócił uwagi,“ a „operacya wargi zajęczej u dzieci, przeprowadzona w pierwszym roku życia na klinikach, wykazywała dotychczas 38% śmiertelności.“

Mimo tej bardzo wysokiej śmiertelności, przeważna część chirurgów utrzymuje, iż wargę zajęczą należy operować wkrótce po urodzeniu się dziecka, a to z tego względu, iż, według statystyki Fröbeliusa, dzieci z nieoperowaną zajęczą wargą, umiera w pierwszym roku życia 60%.

W klinice chirurgicznej lwowskiej kierując się również tą zasadą, operowano możliwie najwcześniej. Ze względu na bardzo szczęśliwe wyniki, jakie po tej operacyi osiągnięto, których znaczenia jednakowoż, ze względu na zbyt małą liczbę operowanych, nie należy przeceniać, pozwolę sobie pokrótce przedstawić zasady operowania wargi zajęczej, jakiemi się tak przedtem w Chełmnie i w Krakowie, jakoteż i w czasie blisko czteroletniego istnienia kliniki lwowskiej kierowano. Operacyę wykonywano możliwie najwcześniej, a nawet w pierwszych dniach po urodzeniu dziecka. Zamiast uciskania palcami, (Digitalconstriction) zastósowywano w każdym przypadku, uciskanie zapomocą zwyczajnych długich kleszczyków, nie bardzo mocno zakładanych na zewnątrz od cięć, które miały być poprowadzone. W tych warunkach wykonywano operacye bez większego krwawienia, a przytem można było w ciągu operacyi większą uwagę zwrócić na względy kosmetyczne.

Brzeg wewnętrzny okrwawiano w uspieniu sposobem Mirault-Langenbecka, w linii złamanej pod rozwartym kątem; z brzegu zewnętrznego wycinano płatek i odciągano go ku dołowi. Szczyt kąta, utworzonego przez okrwawiony brzeg wewnętrzny, odpowiadał kątowi, powstałemu przez wycięcie płatka z brzegu zewnętrznego. Po zeszyciu brzegów nie zakładano nigdy żadnego opatrunku, zasypywano tylko linię szwów jodoformem. Operacya nie trwała dłużej nad kilka minut. Szwy wyjmowano po czterech dniach.

W przypadkach obustronnej wargi zajęczej okrwawiano

WYKAZ

przypadków wargi zajęczej i wilczej paszczy, leczonych w klinice chirurgicznej lwowskiej w latach 1898—1901.

Liczba księgi ambulatoryum, nazwisko, wiek, dzień przybycia na klinikę.	Rodzaj wargi zajęczej	Zabieg operacyjny wykonany na klinice ambulatoryjnie	Zabieg operacyjny po przybyciu na klinikę; czas pobytu na klinice; dzień wyjścia z kliniki	Wiadomości późniejsze o stanie zdrowia operowanych
Nr. 61. pr. op., B. K., lat 21, 8. IV. 1898.	labium leporinum	—	Op. m. Mirault Langenbeck f. Dr. Zalewski. 17. IV. 1898. wyleczony.	19. V. 1901 list: »zdrów zupełnie, na wardze ani śladu«.
Nr. 501. a. m., A. C., lat 13, 5. V. 1898.	labium leporinum	Op. m. Mirault (f. Dr. Slęk)	—	20. V. 1901 list: »całkiem zdrów, bez znaku«.
Nr. 628. a. m., F. B, lat 4, 24. V. 1899	labium leporinum et faux lupina	—	14 VII. 1899. nieoperowany	Nie zgłosił się.
Nr. 1137. a. m., J. B., mies. 10, 4. XI. 1899.	labium leporinum	Op. plast. f. Dr. Slęk	—	20. V. 1901 list: »zupełnie zdrów«.
Nr. 1216. a. m, S. B., mies. 12, 20. XI. 1899	labium leporinum	Op. m. Langenbeck Mirault f. Dr. Kral	—	3. VI. 1901 list: »zdrów zupełnie«.
Nr. 175. a. m., A. T, mies. 8, 1. II. 1900.	labium leporinum et faux lupina	Nieoperowany	—	Nie zgłosił się.
Nr. 317. a m, P S., lat 41, 22. II. 1900.	labium leporinum (hydrocele testis, hernia inguin.)	—	Op. m. Mirault Langenbeck f. Dr. Hermann. 19. III. 1900.	3. VI. 1901 list: »całkiem zdrów«.
Nr. 474. a. m.. A. C. B., mies. 6. 22. I. 1901.	labium leporinum ambilater et os prominens	Op. lab. lep. m. Mirault f. Dr. Hermann	—	List: »ma się zupełnie dobrze miejsce operowane zagojone«.
Nr. 1014 a. m., J E. Ż, mies. 12. 16. IV. 1901	labium leporinum sinistr.	Op. plast. labii lep. f. Dr. Mosing	—	List: »zdrów zupełnie«.
Nr. 1192. a. m., D. A., lat 24, 2. V. 1901.	faux lupina	—	—	Nie zgłosił się.
Nr. 1329. a. m, M S., mies. 3, 14 V. 1901.	labium leporinum ambilater et os prominens	Op. plast labii lep f. Dr. Ruff	—	List: »zdrów zupełnie«.
Nr. 1310. a. m., D. C., mies. 6, 16. V. 1901.	labium leporinum dextrum	Op. plast. f. Dr Hahn	—	List: »zdrów zupełnie.«
Nr. 1520. a. m. J. M.. lat 23, 3. VI. 1901.	labium leporinum sinistr.	—	Op. m. Mirault Langenbeck f. Dr. Jasiński 9. VI. 1901. wyleczony	Rana zagojona.
Nr. 254. a. k, H. C., dni 7, 25. II. 1898	lab. lepor. sin simpl. II. gr.	Op. plast. f. Dr. Brzozowski 6. V	—	24. V. 1901 list: »zdrowa, rana zupełnie zagojona«
Nr. 1147. a. k., a. P, dni 9, 2. III. 1898.	labium leporinum et faux lupina	Nieoperowana	—	Nie zgłosiła się.
Nr. 615. a. k, E G., lat 9, 4. VI. 1898.	faux lupina	—	Uranio- et heilo-plast f. Prof. Rydygier. 9. VII. 1898	17. VI. 1901 list: »zdrowa zupełnie«.
Nr. 702. a. k., F. S, mies. 5. 21. VI. 1899.	labium leporinum duplex	Op. plast. f. Dr. Ruff	—	19. V. 1801 list: »zdrowa, na wardze znak czerwony«.
Nr. 733. a k., M T., lat 19, 27. VI. 1899.	labium leporinum cicatriceum	Nieoperowana	—	Nie zgłosiła się.
Nr. 818. a k., P. S, lat 16, 3. V. 1900.	labium leporinum ad lat. sin. II. gr.	—	Op. plast. m. Mirault f. Prof. Rydygier. 23. V. 1900.	13. VI 1901 list: »operacya odniosła świetny rezultat«
Nr 1147. a. k., M. V., mies. 3, 8. VI. 1900.	labium leporinum III. gr.	Op. m. Langenbeck Mirault f. Dr. Hermann	—	26. V. 1901 list: „zdrowa, operacya najlepiej się udała«.
Nr. 658. a. k., R. M., lat 12, 1. III 1901.	labium leporinum sin. II. gr.	—	Op. M. Langenbeck Mirault f. Dr Slęk. 4. III. 1901.	List: »operacya powiodła się znakomicie«.
Nr. 1050 a. k, H. T., mies. 2. 10. V. 1901.	labium leporinum et faux lupina	Op. m. Langenbeck Mirault f Dr. Mosing	—	List: »zdrowa zupełnie, na wardze nieznaczny ślad«.
Nr. 1089. a. k., J. D. lat 16, 14. V. 1901.	labium leporinum II. gr.	Op. m. Langenbeck Mirault f. Dr. Slęk	—	List: »zagojenie per primam. Dr. Długosz«.
Nr. 1179. a. k., J. L D., mies. 10, 29. V 1901.	labium leporinum ambilateral.	Op. m. Mirault Langenbeck Dr. Slęk i Dr. Czaplicki	—	List: »ma sie bardzo dobrze«.
Oper. pryw. mies. 4.	labium leporinum simpl.	Op. m Mirault Langenbeck f. Prof. Rydygier	—	Wyleczona.
Oper. pryw. mies. 6.	labium leporinum simpl	Op. m. Mirault Langenbeck f. Prof. Rydygier	—	Wyleczona

część środkową w kształcie czworoboku; z brzegów bocznych szczeliny wycinano płatki sposobem Malgaignea; nakoniec zespajano szwem okrwawioną część środka z powierzchnią płatów bocznych, opuszczonych ku dołowi, jakoteż z okrwawionemi brzegami bocznemi.

W razie, gdy warga zajęcza obustronna powikłana była z wysterczaniem kości międzyszczękowej w kształcie ryjka, operowano sposobem Bardelebena, podokostnowo przecinając lemiesz poczem przesuwano część środkową na lemieszu ku tyłowi; operacyę wargi zajęczej wykonywano na tem samem posiedzeniu.

Jak to uwidoczniono na załączonej tablicy, zgłosiło się od lutego 1898 do lipca 1901 z powodu wargi zajęczej 26 chorych; z tych, z powodów od kliniki niezależnych, nieoperowano 5; operowano zaś 21.

Między operowanymi było dzieci w wieku od 7 dni do roku: płci męskiej 6, żeńskiej 7, razem 13. — Z tych: upłynęło przeszło pół roku od dnia operacyi u 3 dzieci płci męskiej, 5 żeńskiej, razem 8; Od operacyi upłynęły trzy miesiące u 3 dzieci płci męskiej, 2 żeńskiej, razem 5.

Wargę zajęczą jednostronną bez powikłań operowano u 4 dzieci płci męskiej, 4 żeńskiej razem 8. Wargę zajęczą obustronną bez powikłań u 2 dzieci płci żeńskiej.

Wargę zajęczą jednostronną połączoną z wilczą paszczą (której jednak nie tykano), operowano u 1 dziewczynki; wargę zajęczą obustronną, połączoną z *os prominens* u 2 chłopców.

Z operowanych 13 dzieci nie umarło ani jedno. W dwunastu przypadkach rana zgoiła się doraźnie a operacya pod względem kosmetycznym wydała wynik pomyślny. W jednym tylko przypadku, miały według podania rodziców szwy skórne pop uścić. Polecono wtedy listownie, przywieść dziecko na klinikę, w celu powtórnej operacyi. We wszystkich 13 przypadkach operowano ambulatoryjnie.

Z powyższego zestawienia operowanych przypadków, odnosi się wrażenie, iż nader szczęśliwy wynik, jakoteż efekt kosmetyczny operacyi przypisać wypada przestrzeganym przy operowaniu wargi zajęczej zasadom, a przedewszystkiem sposobowi zapobiegania krwawieniom w ciągu operacyi, co nietylko usuwa niebezpieczeństwo zagrażającej życiu noworodka niedokrewności, lecz zarazem dozwala operować bez pośpiechu, a tem samem odpowiedzieć wymogom kosmetycznym.

Rydygier: Podręcznik chirurgii szczegółowej. Tom I. pag. 118—125. — S. Duplay-P. Reclus: Traité de Chirurgie. Tome V, pag. 27—33. Paris 1891. — Bosch: Schicksal der Hasenschartenkinder 1893. — Eulenburg: Real-Encyklopädie 3 Aufl. Band X, 1896. „Hasenscharte". — Tillmanns: Lehrbuch der speciellen Chirurgie 1899, pag. 166—179. — R. v. Volkmann: Sammlung klinischer Vorträge Nr. 301, 1901, pag. 191. — Wolff: Über die Operation der doppelten Hasenscharte mit rüsselartig prominierendem Zwischenkiefer und Wolfsrachen. Berliner klinische Wochenschrift 1897, Nr. 47 i 48.

II. Rozwój i obecne stanowisko organoterapii

Nadnercze. — Szpik kostny. — Inne narządy. — Uwagi końcowe.

Skreślił

Doc. Dr. L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Poznawszy działanie wyciągów z nadnerczy i teoryę, objaśniającą znaczenie samych gruczołów w ustroju, oceniliśmy tem samem rolę, jaką w tym właśnie zakresie odegrała organoterapia w badaniach fizyologicznych. Jakie teraz jej znaczenie dla kliniki i medycyny praktycznej, jak wyzyskano dotychczas wiadomości fizyologiczne, jakie z tego istotne wyniki? Wnioski teoretyczne wysnuć nie trudno. Wydawało się rzeczą zupełnie naturalną, że leczenie zapomocą przetworów, otrzymanych z nadnercza, jest wprost wskazane w chorobie, która w wielu szczegółach przypomina obraz, spostrzegany u zwierząt po wycięciu nadnerczy, a polega niewątpliwie na anatomicznych, wyjątkowo może także na funkcyonalnych zmianach w tym narządzie, — w chorobie Addisona. Możliwą jest także rzeczą, że byłoby ono wskazane w pewnych przypadkach osłabienia, a zwłaszcza niewytrzymałości mięśni, łatwego nużenia się układu mięśniowego i długiego trwania tegoż znużenia. Wpływ wyciągów na narząd krążenia wyzyskiwać by znów można tam, gdzie zależy na zwężeniu naczyń, zwolnieniu czynności serca i na zwiększeniu siły skurczów serca.

Na większą skalę stosowano dotyczas nadnercze tylko w chorobie Addisona, a stosowano je nawet nieco wcześniej, aniżeli ukazały się prace Olivera i Schäfera, Cybulskiego i Szymonowicza. Z pierwszymi próbami takiego leczenia spotykamy się w publikacyi Maragliano [23]) z r. 1894. Genueński klinicysta używał wstrzykiwań wyciągów glicerynowych. Wynik miał być pomyślny. Niekorzystnie natomiast wypadły odnośne doświadczenia, czynione w r. 1895 w klinice Germain-Sée, opisane przez Lyona [24]). W tym samym prawie czasie ogłosił Epelbaum [25]) w obszerniejszej pracy o organoterapii dwa przypadki choroby Addisona, leczone z dobrym skutkiem surowym gruczołem. O ile z przeglądu dostępnej mi literatury wnosić mogę, są to pierwsze spostrzeżenia, w których nadnercze stosowano wewnętrznie. Z początkiem następnego roku 1896 podawał lekarz angielski Murell [26]) kołaczyki nadnerczowe i to bez skutku w jednym przypadku. W pracy swej wspomina on o 10-ciu jeszcze spostrzeżeniach, z tych 9. zestawionych przez Ringera, jedno opisane przez Tourneya, w których stosowano leczenie zastępcze. W 5-ciu z nich miał być wynik dodatni. O dobrych wynikach wspominają dalej: Schilling [27]), Philippen [28]), Vollbracht [29]), w części także Senator [30]), w najnowszych czasach Edel [31]) i Kaufmann [32]). Bardzo natomiast niekorzystnie oceniał działanie nadnercza w spostrzeganym przez siebie przypadku Pickhardt [33]); wspominaliśmy o nim już wyżej.

A więc i w tej chorobie leczenie zastępcze nie zawsze jest w skutkach jednakowe i nie zawsze pomocne. Już z tego powodu, chociażby na podstawie dotychczasowego

[23]) Maragliano: Riforma med. 1894. Ref. Centrblt f. inn. Med. 1895. S. 476.

[24]) Lyon: Revue de thérapeutique 1895. Ref. Centrblt. f. inn. Med 1896. S. 272.

[25]) Epelbaum: Contribution à l'étude de l'organothérapie. Paris 1895. Ref. Centrblt. f. inn. Med. 1896. S. 343.

[26]) Murell: Lancet 1896. Ref. Centrblt. f. inn. Med. 1896 S. 807.

[27]) Schilling: Münch. med. Wochschft. 1897. Nr. 7.

[28]) Philippen: Ref. Centrblt. f. inn. Med. 1897. S. 1196.

[29]) Vollbracht: Wien. klin. Wochschft. 1899. Nr. 28.

[30]) Senator: Ref. Centrblt. f. inn. Med. 1898. S. 843.

[31]) Edel: Münch. med. Wochschft. Nr. 52.

[32]) Kaufmann: l. c.

[33]) Pickhardt: Berl. klin. Wochschft. 1898. Nr. 33.

materyału klinicznego, nie można mu rokować wielkiej przyszłości. Jeszcze sceptyczniej wypaść musi ostateczny sąd po dokładniejszem poznaniu historyj chorób w przypadkach, w których wynik jest pomyślny. Przekonywamy się z nich, że w ogromnej większości poprawa była krótkotrwałą, że choroba kończyła się zejściem śmiertelnem, niekiedy w przeciągu bardzo niedługiego czasu. To też o wyleczeniu, nawet w tem pojęciu, jak wyleczenie obrzęku śluzakowego przez podawanie przetworów gruczołu tarczykowego, właściwie nie może być mowy; co najwyżej przyjmować wolno, że przedłuża się nieco życie chorych. Jakkolwiek więc nie godzi się w żadnym przypadku choroby Addisona pomijać przetworów z nadnercza jako leku, to jednak nigdy niestety łudzić nie można ani siebie, ani chorych, względnie ich otoczenia, co do ostatecznego wyniku.

Jako środek nasercowy nie było nadnercze dotychczas stosowane, przynajmniej nie ma o tem wzmianki w piśmiennictwie. W ostatnich dopiero czasach czynią się w tym kierunku próby, widocznie na większą skalę, gdyż lekarz, który się niemi zajął, Dr. Floersheim[34]) z New-Yorku, nie ogranicza się do swoich własnych przypadków, ale zwraca się za pośrednictwem pism lekarskich do ogółu lekarzy, prosząc o udzielanie mu spostrzeżeń.

Natomiast wyzyskano już wpływ przetworów nadnercza na naczynia, polegający na zwężaniu ich światła i stosowano te przetwory w krwotokach płucnych (Floersheim[35]), żołądkowych (Dixon[36]) i w moczeniu krwawem (Leslier[37]), rzekomo z dobrym skutkiem. Odnośne sprawozdania o tyle zasługują na uwagę, że przedstawiano je na dorocznem zgromadzeniu Towarzystwa lekarzy angielskich w sekcyi farmakologicznej.

Floersheim[38]) próbował nadto nadnercza w niektórych chorobach narządu oddechowego, a mianowicie w ostrym nieżycie tchawicy i oskrzeli, w przewlekłym nieżycie oskrzeli, w dychawicy oskrzelowej. Już po pierwszych dawkach tego leku zmniejszać się miał kaszel i duszność. Prawdopodobnie i w tych przypadkach skutek odnieść należy do zwężenia naczyń. Mossé[39]) wreszcie radził wyciąg z nadnercza przeciw obrzękom błony śluzowej muszli nosowych, wywołanym przekrwieniem. W okulistyce posługiwano się wyciągami z nadnercza w celu znieczulania spojówek, Bałłaban[40]) stosuje je łącznie z kokainą i jest z wyników zupełnie zadowolony.

Bez jakichkolwiek wskazań, czysto empirycznie, podawano nadnercze jeszcze w dwóch chorobach, w moczówce prostej *(diabetes insipidus)* i w krzywicy. Co do pierwszej, jedno tylko posiadamy sprawozdanie Clarka[41]) i to opiewa bardzo korzystnie. W krzywicy o dobrych wynikach wspominał Stoelzer[42]); natomiast Netter[43]), który zajmował się stwierdzeniem powyższych wyników, nie był zupełnie zadowolony ze skutków takiego leczenia. Również bezskuteczne było powyższe leczenie w przypadkach Hönigsbergera[44]).

Ostatnim w rzędzie narządów, używanych do celów leczniczych, a badanych nieco dokładniej pod względem fizyologicznego wpływu i znaczenia, jest czerwony, czyli zarodkowy szpik kostny.

Odkrycia Bizzozera i Neumanna, stwierdzające znaczenie tego narządu dla wytwarzania się i dla odnowy krwi, dały pochop do dokładniejszego badania jego składników morfologicznych i histologicznej budowy tak w fizyologicznych, jak i w patologicznych warunkach. Badania te wyjaśniły sprawę wcale dokładnie ze stanowiska anatomicznego, względnie histologicznego. Ale równocześnie wyłoniło się zagadnienie, jak pojmować należy zmiany w utkaniu szpiku kostnego, występujące w przebiegu wielu chorób krwi, jak tłómaczyć przemianę szpiku tłuszczowego w czerwony, czy uważać ją za przyczynę, czy za następstwo choroby? Rozstrzygnięcie pytania pod względem anatomo-patologicznym przyniosły tu prace Ponficka, Littena i Ortha, które wykazały, że z przemianą taką spotkać się można w zwłokach we wszystkich tych przypadkach, w których występowało charłactwo skutkiem choroby przewlekłej, dłuższy czas trwającej. Późniejsze badania doświadczalne Littena, Freiberga, Neumanna, pouczyły w dalszym ciągu, że u zwierząt dorosłych wytwarza się po obfitych krwotokach na nowo zarodkowy szpik kostny. Potwierdzają to najzupełniej także spostrzeżenia kliniczne tych przypadków, w których za życia pojawiały się częstsze i obfitsze krwotoki, a w których sekcya wykazywała również obecność szpiku czerwonego.

A więc przemiana szpiku tłuszczowego w zarodkowy jest następstwem, a nie powodem choroby. Naturalny stąd wniosek, że uważać ją można za dążność ustroju, zmierzającą do usunięcia a przynajmniej zmniejszenia zboczeń i niedostatków w składzie krwi przez zwiększoną pracę najważniejszego z narządów krwionośnych. Takie pojęcie sprawy, oparte nie na teoretycznych wywodach, ale na faktach namacalnych, prędzej czy później wywołać musiało chęć poznania, czy przez dostarczanie ustrojowi zarodkowego szpiku zwierzęcego nie powiedzie się ułatwić mu pracę w warunkach patologicznych, czy nie będzie można dostrzedz jakiegokolwiek wpływu szpiku na ustrój fizyologiczny.

Rzeczą tą zajmowałem się przed kilku laty przez czas dłuższy, przeprowadzając badania, najpierw doświadczalne, fizyologiczne, później także kliniczne[45]).

W toku doświadczeń, wykonywanych na zwierzętach, przekonałem się, że wpływ taki istotnie daje się dostrzedz. Z dwojga szczeniąt, trzymanych w zupełnie równych warunkach i zupełnie jednakowo żywionych, o wiele szybciej i lepiej rozwijało się to szczenię, któremu do zwykłego pożywienia dodawano zarodkowy szpik kostny. Badania krwi wykazywały u niego wyższe odsetki hemoglobiny i większą ilość ciałek czerwonych.

Na skład krwi wpływały także bardzo dosadnie wstrzy-

[34]) Floersheim: Por. Przegl. lek. 1901. S. 119. Wiadomości bieżące.
[35]) Tenże: Wzmianka w Now. lek. 1901, S. 179
[36]) Dixon: Brit. med. Jour. 1900 Ref. Therap. Monatshefte 1901, S. 38.
[37]) Leslier: *Ibidem.*
[38]) Floersheim: *L. c.*
[39]) Mossé: *L. c.*
[40]) Bałłaban. Doświadczenia na polu nowoczesnej okulistyki. Kraków 1901.
[41]) Clark: Berl. klin. Wochschft. 1895, S. 468.
[42]) Stoelzer: Deut. med. Wochschft. 1899, S. 614.
[43]) Netter: Centrblt. f. Stoffwechsel u. Verdauungskrankheiten 1901, S. 614.
[44]) Hönigsberger: Münch. med. Wochschft. 1901. N. 16.
[45]) L. Korczyński: Zbior prac z kliniki lek. Zeszyt 18. Kraków 1896.
Tenże: Wien. med. Presse 1900. N. 23—29.

kiwania wyciągów, otrzymywanych ze szpiku. Po każdem wstrzyknięciu zjawiała się wybitna hiperleukocytoza, poprzedzona krótkotrwałą leukopenią i występował bardzo wybitny wzrost ciałek czerwonych, — erytrochemotaksis dodatnia, jak zjawisko to nazwałem.

Spostrzeżenia powyższe nie są bynajmniej odosobnione. Jeszcze w r. 1893 stwierdzili Jakob i Goldscheider[46]), że wyciągi, otrzymywane ze szpiku kostnego, ze śledziony i z grasicy, wywołują bezpośrednio po wstrzyknięciu ubytek ciałek białych, czyli leukopenię, która po pewnym przeciągu czasu ustępuje miejsca powiększaniu się ilości ciałek, czyli hiperleukocytozie. Autorowie ci przypuszczają, że w pierwszej chwili znaczna ilość leukocytów gromadzi się w naczyniach włosowatych płuc, że część ulegać może zniszczeniu, leukolizie; następowo dopiero dostaje się z narządów krwiotwórczych większa ilość ciałek białych do ogólnego obiegu krwi i stąd hiperleukocytoza.

Wzrost ilości ciałek czerwonych, jako doraźne następstwo wstrzykiwań wyciągów, spostrzegał Zeleński[47]).

W dalszym ciągu moich doświadczeń zwróciłem uwagę na niektóre szczegóły, odnoszące się do przemiany pierwiastków u zwierząt i ludzi pod wpływem szpiku kostnego, stosowanego bądź to w postaci wyciągów (u zwierząt), bądź też podawanego na wewnątrz tak w stanie surowym, jako też w postaci przetworu farmaceutycznego, wprowadzonego w handel przez znaną fabrykę Knolla pod nazwą meduladenu. Badano wydzielanie się bezwodnika kwasu węglowego u zwierząt, a azotu u zwierząt i u ludzi. Przy oznaczeniach CO_2 okazało się, że ilość jego wzrasta mniej lub więcej wyraźnie po wstrzykiwaniach wyciągów, lub po spożyciu przez zwierzę surowego szpiku kostnego; że jest wyższa u takiego zwierzęcia, aniżeli u drugiego, użytego do doświadczenia porównawczego.

Wprost przeciwnie zachowywało się wydzielanie azotu. Oznaczenia, wykonywane na dwóch osobach młodych, dały w średnich liczbach dziennych następujący wynik:

Spostrzeżenie 1.

	Ilość N. wprow.	Ilość N. wydziel.	Bilans N.	Przybytek wagi ciała.
1) Przed meduladenem Okres 11-to dniowy.	20·296	20·155	+0·14	+63·6 Gm.
2) Podczas podaw. medul. Okres 7-mio dniowy.	19·980	19·021	+0·959	+85·7 Gm.
3) Po meduladenie				
Okres 1-szy 5-cio dn.	20·145	19·801	+0·344	+13·33
Okres 2-gi i 5-cio dn.	20·080	19·955	+0·125	

Spostrzeżenie 2.

	Ilość N. wprow. średnio	Ilość N. wydziel. wmoczu i kale	Bilans N.	Przybytek wagi ciała
1) Przed meduladenem Okres 10-cio dniowy.	21·073	20·422	+0·650	+90 Gm.
2) Podczas podaw. medul. Okres 7-mio dniowy	21·034	19·081	+2·106	+178·5 Gm.
3) Po meduladenie Okres 7-mio dniowy	21·099	20·707	+0·392	+42·85 Gm.

(Dokończenie nastąpi).

[46]) Goldscheider: Deut. med. Wochschrift. 1894, S. 376.

[47]) Zeleński: Physiologische Beitr. v. A. W. Danilewski T. 2·

III. O »zaraath« biblii hebrajskiej.

Przyczynek do historyi trądu.

Podał

Dr. J. Fels.

Rozdział trzynasty trzeciej księgi Mojżesza mówi o „zaraath“ jako chorobie skórnej i przepisach higienicznych przeciw tej chorobie. Sprawą tą zajmowało się już bardzo wielu uczonych dawnych i nowszych czasów, pisali o niej lekarze i nielekarze, znawcy i nieznawcy języka hebrajskiego. Tak w literaturze historyi medycyny jak i w literaturze hebrajskiej dawnej i najnowszej znachodzimy liczne rozprawy dotyczące „zaraath“ biblii. Pomimo znaczniejszej różnicy zdań pokaźna część uczonych twierdzi, że „zaraath“ biblii nie jest niczem innem jak dzisiejszym trądem, inni uważają ją za białość skóry *(vitiligo)*, a inni znowu za liszaj wyłysiający *(herpes tonsurans)*, albo za liszaj wyłysiający i strupień woszczynowaty *(favus)*, [1]) niektórzy za łuszczycę, świerzb, wyprysk, kiłę; wreszcie są tacy, którzy mniemają, że „zaraath“ nie jest jednolitą chorobą, lecz zbiorem różnych chorób skórnych. Glück zastanawiając się w swej pracy, „Rzut oka na dzieje trądu w czasach starożytnych,“ [2]) czy w biblii jest mowa o trądzie i czy „zaraath“ biblii jest temsamem, co trąd taki, jakim go znamy z najnowszych zdobyczy nauk lekarskich, przychodzi do przekonania, że przez różne postacie choroby „zaraath“ należy rozumieć różne rodzaje chorób skórnych. Czy zaś między temi i trąd według dzisiejszych pojęć się znajdował, sprawy tej zdaniem Glücka nie można rozstrzygnąć.

Opierając się na oryginalnym tekscie biblii pragnąłbym również dorzucić do naszego piśmiennictwa przyczynek do historyi trądu, rozważając, co należy rozumieć pod nazwą „zaraath“, o ile i jaki ma ona związek z dzisiejszym trądem. Postaram się więc jaknajdokładniej przetłómaczyć owe ustępy biblii i wysnuć z nich odpowiednie wnioski dla wiedzy lekarskiej. Ośmielam się podjąć się tego zadania także i dlatego, że na klinikach chorób skórnych w Wiedniu kilkakrotnie miałem sposobność badać chorych trędowatych.

Trzecia księga Mojżeszowa, rozdział trzynasty, wiersz 2—8:

„Plaga zaraath [3]) może powstać z wyniosłości, [4]) albo z liszaja, albo z plamy. Każdego chorego na zaraath należy przyprowadzić do kapłana.

I. „Kapłan ma wtedy uznać chorobę za zarath, jeżeli na miejscu skóry włosy stały się białe i wyprysk sięga głębiej niż powierzchnia skóry. Jeżeli zaś jest tylko plama biała na skórze, która nie drąży w głąb, a włosy jej nie stały się białe, wtedy kapłan musi chorego odosobnić (dla obserwacyi) na siedm dni. Gdy po upływie tego czasu wyprysk się nie zmienił i nie posunął się dalej, ma go kapłan odosobnić (zamknąć) jeszcze na siedm dni. Jeżliby po upływie drugich siedmiu dni wyprysk stal się ciemniejszym i nie

[1]) R. Brainim: w »Mi Mizrach u Mi Mariw«.

[2]) Pamiętnik jubileuszowy E. Korczyńskiego. Kraków 1900.

[3]) Egzegeza talmudyczna tłómaczy »zaraath צרעת« jakoby pochodziło od מוצי רע-wyciąga złe, t. j. że zaraath nawiedza tego, który wyciąga złe, oczernia drugich. Słowo zaś samo, jak mnie objaśniał rabin Dr. Guttman we Lwowie, pochodzi od etiopskiego »saraa« t. j. być zranionym albo nawiedzonym (przez Boga).

[4]) שאת pochodzi od נשא wznieść.

posunął się dalej, to jest to tylko liszaj, a chory jest czysty. Jeżeli jednak mimo to wyprysk potem się rozszerzył, ma go kapłan znowu oglądnać, a skoro spostrzeże, że wyprysk się rozszerzył, chory ma zaraath i jest nieczysty".

Cechującemi znamionami tej pierwszej odmiany „zaraath" są więc 1) zbielenie włosów, 2) drążenie sprawy chorobowej w głąb i 3) dążność do rozszerzania się. Zastanawiając się nad postacią „zaraath" o tych znamionach, możemy według naszych pojęć myśleć tutaj o różnych postaciach wyprysku (*eczema*) i podobnych sprawach.

II. Wiersz 10—17: „Kapłan ma wtedy rozpoznać zastarzałą zaraath, jeżeli widzi białą wyniosłość (שאת) na skórze ciała, na której włosy zbielały i na której jest bujna ziarnina (buja żywe mięso). Takiego chorego powinien kapłan odrazu uznać za nieczystego i nie potrzebuje go wcale odosabniać. Jeżeli zaś zaraath ogarnia całą skórę chorego od głowy do stóp, a wszystko jest już białe, to chory jest czysty (wyleczony). Atoli w dniu, w którym kapłan spostrzeże na nim bujną ziarninę (żywe mięso), jest on nieczysty, bo żywe mięso jest nieczyste, jest zaraath. Ale gdy żywe mięso znika i miejsce staje się białem, chory jest czysty."

Cechującemi zmianami tej postaci „zaraath" zastarzałej są biała wyniosłość z białymi włosami i bujna ziarnina. Biała wyniosłość z białymi włosami może oznaczać między innymi i guzy trądowe (trądziaki), nad którymi włosy zwykle wypadają, a ważne znamię „żywego mięsa" pozwala nam przyjąć cały szereg chorób, tworzących wrzody i narośle na skórze. A więc mogą to być zaniedbane rany i wypryski, toczeń, łagodne i złośliwe nowotwory skóry, wrzody przewlekłe, kiła (*framboësia syphilitica* i rozpadłe kilaki skóry), *pemphigus vegetans*, grzybica (*mycosis fungoides*), a już w każdym razie nie można wykluczyć wrzodów, powstałych w przebiegu trądu. Chory, którego choroba, rozprzestrzeniona na całej skórze, znika, tak że ciało odzyskuje swą białość, może być dotknięty wypryskiem ogólnym, łuszczycą ogólną i w ogóle wysypkami, które mogą zająć całą skórę.

III. Wiersz 18—23: „Jeżeli ktoś przebył wysypkę albo zapalenie skóry i na tem miejscu powstała biała wyniosłość albo biało-różowa plama, której powierzchnia jest głębsza niż skóra, a włosy na niej są białe, to jest to zaraath, powstała na wysypce. Jeżeli zaś kapłan nie widzi białych włosów, a powierzchnia nie jest głębsza i jest ciemniejsza, ma on chorego odosobnić na siedm dni. A gdy się choroba rozszerzyła na skórze, ma go kapłan uznać za nieczystego; gdy zaś plama ograniczyła się i nie posunęła się dalej, to jest to blizna po zapaleniu i kapłan uzna go czystym."

Ta trzecia postać „zaraath" powstaje na miejscu wysypki albo zapalenia skóry i ma te same cechy jak postać pierwsza, a więc białe włosy, drążenie w głąb i dążność do rozszerzania się. Mogą to więc być wypryski i zapalenia skóry, a co ważne, plamy biało-różowe mogą być i plamami trądu plamistego, które jak i guzy trądowe mają zabarwienie blado-różowe, blado-czerwone lub też blado-brunatne. Jeżeli takie plamy w czasie odosobnienia chorego albo później się powiększają, to jest to „zaraath," a chory jest „nieczystym."

IV. Wiersz 24—28: „Jeżeli się ktoś sparzył przy ogniu i na miejscu oparzenia powstaje plama biało-różowa lub biała, a kapłan widzi, że włosy stały się białe i plama drąży w głąb skóry, to jest to zaraath, wybuchła w miejscu oparzenia i kapłan uzna go za nieczystego. Gdy jednak nie ma białych włosów i plama nie jest głębsza od skóry, a nawet ciemniejsza, ma go kapłan odosobnić na siedm dni. A gdy kapłan zobaczy siódmego dnia, że plama się powiększyła na skórze, niech uzna chorego za nieczystego, bo to jest plaga zaraath. Jeżeli zaś plama zostaje na miejscu i nie posunęła się na skórze i jest ciemniejsza, to go kapłan uzna za czystego, bo jest to tylko blizna z oparzenia".

Ta czwarta postać „zaraath," powstała w miejscu oparzenia, cechuje się temi samemi znamionami, jak poprzednie: biało-różowa lub biała plama, drążąca w głąb, bielenie włosów i dążność do rozszerzania się. Lecz muszę zwrócić uwagę, że powstałą w miejscu oparzenia „zaraath" mogły być i rany z oparzenia u cierpiących na trąd znieczulający, któreto rany trudno się zabliźniają. A więc możnaby odwrotnie tłómaczyć zdanie biblii i mówić o oparzeniach u chorego na „zaraath," zamiast o „zaraath" w miejscu oparzenia.

V. Wiersz 29—37: „Jeżeli ktoś ma wysypkę na głowie albo na brodzie i kapłan widzi, że wysypka drąży w głąb skóry i są na niej włosy cienkie, złotawo-żółte, niech go uzna za nieczystego, bo to jest parch, to jest zaraath głowy lub brody. Jeżeli zaś kapłan widzi wysypkę i widzi, że nie drąży w głąb skóry i ciemnych włosów nie ma w niej, ma on chorego odosobnić na siedm dni. A gdy go obejrzy siódmego dnia i widzi, że wysypka się nie rozszerzyła, nie ma w niej złotawo-żółtych włosów i nie drąży w głąb skóry, należy zgolić chorego, lecz miejsca parchu nie zgolić [5]) i kapłan odosobni chorego po raz wtóry na siedm dni. Gdy kapłan widzi siódmego dnia, że parch się nie rozszerzył na skórze i nie idzie głębiej w skórę, niech chory czyści swoje ubrania i jest czystym. Gdyby zaś mimo to parch się potem rozszerzył, nie potrzebuje nawet kapłan szukać złotawo-żółtych włosów, bo chory taki jest nieczysty. Skoro parch pozostał na temsamem miejscu i rosną w nim czarne włosy, jest on wyleczony i kapłan uzna chorego czystym".

Ta piąta z rzędu postać „zaraath" obejmuje choroby skóry pokrytej włosami, mianowicie głowy i brody. Jej znamionami cechującemi są: sięganie w głąb skóry, cienkie złotawo-żółte włosy i dążność do powiększania się. Możemy więc tu umieścić znane choroby skóry porosłej włosami, jak strupień woszczynowaty, liszaj wyłysiający, figówkę, wyłysienie plackowate (*alopecia areata*) i wilk rumieniowy głowy, pokrytej włosami.

VI. Wiersz 38—44: „Jeżeli mężczyzna albo kobieta dostanie na skórze ciała plam białych lub ciemno-białych, to jest to wysypka na skórze, a chory jest czystym. Jeżeli komu wypadają włosy na głowie, ma on łysinę tylną i jest czystym. A jeżeli komu wypadają włosy na głowie ze strony twarzy, to ma on łysinę przednią i jest czystym. Gdyby zaś na łysinie tylnej albo przedniej powstała wysypka blado-różowa, to jest to zaraath, wybuchła na łysinie tylnej albo przedniej. Jeżeli więc kapłan widzi wyniosłości blado-różowe na łysinie tylnej lub przedniej, które wyglądają jak zaraath na skórze, to chory ma zaraath na głowie, a kapłan niech go uzna zupełnie nieczystym."

W szóstym ustępie jest mowa o blado-różowych wyniosłościach na łysinie, które oprócz innych wykwitów mo-

[5]) Miszna (Negaim X, 5) każe zostawić naokoło parchu parę włosów zdrowych, by po tygodniu łatwiej rozpoznać, czy choroba się szerzy lub nie.

głyby najłacniej oznaczać blado-różowe plamy i guzy trądu na łysinie trędowatych. Wiadomo bowiem, że włosy na naciekach trędowatych wypadają, a brwi u trędowatych również znikają.

Ciekawe i przytoczenia godne są także dalsze przepisy hygieniczne o „zaraath." Wiersz 45, 46: „Jeżeli kto jest dotkniętym zaraath, należy rozdzierać jego odzież, włosy na głowie mają bujać, a głowa ma być pokrytą aż po wargi (tak by tylko oczy i nos wyzierały) i „nieczysty, nieczysty!" ma on przed sobą wołać. I cały czas trwania plagi jest on nieczystym i ma mieszkać osobno poza obozem."

Takie same ostre przepisy wiązały trędowatych w wiekach średnich, kiedy chorzy ci musieli żyć odludnie, chodzić z głową zawiniętą i dzwonkiem w ręku ostrzegać ludzi, by się nie zbliżali do trędowatego. Do miast ich również nie wpuszczano.

Następuje jeszcze opis, jak kapłan postępuje przy orzeczeniu, czy chory, który z powodu „zaraath" mieszkał osobno poza obozem, jest czystym. Wreszcie są jeszcze przepisy o „nega zaraath" odzieży i domów (wiersz 47—59). „Zaraath" odzieży występuje jako zielonkowate albo różowe plamy na szatach wełnianych, płóciennych lub na przedmiotach skórzanych. Zaraath domów tworzy zielonkowate lub różowe zagłębienia w ścianach. Chodzi więc o grzybki i naloty na sukniach i o grzyb murów. (Dok. nast).

IV. Wyciągi.

Sturmann. **Przypadek podwójnej muszli dolnej.** (*Berliner klin. Wochs.* 1901, Nr. 28). Autor podaje przypadek, w którym zauważył podwójną muszlę dolną nosa po obydwu stronach. Przypadek ten dotyczył chorej z otokiem ropnym jamy Highmora po stronie prawej. Badanie prawej strony nosa na pierwszy rzut oka nie przedstawiało nic nieprawidłowego; autora jednak uderzyła okoliczność, że przy przepłókiwaniu od strony wyrostka zębodołowego płyn wychodził ponad muszlą, którą autor uważał za muszlę środkową. Przy dokładniejszem badaniu, kiedy obrzęk błony śluzowej się zmniejszył, przekonał się autor, że w górze ponad tymi dwoma utworami znajduje się muszla, która odpowiada muszli środkowej. Taki sam obraz przedstawia i strona lewa, czyni to wrażenie, jakby muszla dolna była przedzielona wzdłuż na dwie części.

Dr. Teofil Zalewski.

Gutzmann. **O leczeniu niemoty.** (*Berliner klinische Wochenschrift* 1901, Nr. 28). Autor podaje w ogólnych zarysach sposób leczenia niemoty zapomocą odpowiednich ćwiczeń w wymawianiu. Ćwiczenie zaczyna się od wymawiania łatwych samogłosek przechodząc stopniowo do łatwych i trudnych spółgłosek. Następnie, przechodzi się do słów i zdań. Autor osiągnął w kilku przypadkach niemoty tak ruchowej, jak i czuciowej zupełnie zadawalające wyniki. W przypadkach autora niemota trwała od $1^1/_2$ do 10 lat. Już w ciągu 3—6 miesięcy następowała znaczna poprawa, a niektóre przypadki można nawet uważać za zupełnie wyleczone. Dla wyjaśnienia tego należy przypuścić, że przy zupełnej niemocie czynności lewej połowy mózgu obejmuje połowa prawa. Celem ćwiczeń jest właśnie wykształcenie odpowiedniego ośrodka w prawej połowie mózgu. Do ćwiczeń w wymawianiu dołącza autor ćwiczenia w pisaniu lewą ręką; ma to wpływać dodatnio na wykształcenie prawej połowy mózgu do delikatnych ruchów, jakimi są ruchy mięśni, biorących udział w artykulacyi. Twierdzenie to opiera autor na tem, że u ludzi, którzy używali ręki lewej, w przypadkach niemoty kilka razy przy sekcyi stwierdzono ognisko chorobowe po stronie prawej. Broca przyjmuje ścisły związek między używaniem jednej lub drugiej ręki, a wykształceniem się ośrodka mowy po odpowiedniej stronie. Bernhardt uważa dlatego za rzecz odpowiednią, by dzieci uczyły się władać zarówno obydwiema rękami, by tym sposobem wykształcić dwa ośrodki mowy. Ćwiczenia w niemocie dawniej stosowali już Broca i Trousseau. W ostatnich czasach szczególnie we Francyi cieszy się ten sposób uznaniem. Ćwiczenia te mają widoki powodzenia przedewszystkiem w przypadkach niemoty ruchowej, ale Gutzmann stosuje je i w przypadkach niemoty czuciowej; używa przytem sposobu, jaki służy do nauczania głuchoniemych.

Dr. Teofil Zalewski.

Vidal. **Przyczynek do nauki o leczeniu niemoty.** (*Münchner med. Wochs.* 1901, Nr. 32). O leczeniu niemoty nawet w bardzo obszernych podręcznikach nic się nie mówi. W ostatnich czasach specyalnie zajmuje się tym przedmiotem Gutzmann. Wielu zarzuca ćwiczeniom mowy przy niemocie, że niemota przecież i samoistnie poprawić się może, pomimo ćwiczeń i że z powodu tego nie możemy ocenić wartości ćwiczeń. Na to autor powiada, że trudno przypuścić, żeby w każdym przypadku niemota zaczęła się poprawiać samoistnie, szczególnie w tym samym czasie, kiedy zaczęto ćwiczenia, a do rozpoczęcia ćwiczeń stan niemoty był bez zmiany. Największe widoki na dobry wynik ma niemota ruchowa (motoryczna); w tych przypadkach, gdzie są zaburzenia w pamięci, brak pamięci stoi na przeszkodzie ćwiczeniom. By ćwiczeniami osiągnąć wynik dodatni, muszą one być przeprowadzone systematycznie, a do tego koniecznem jest dokładne zbadanie, których zgłosek specyalnie brakuje choremu. Przeszkodą w ćwiczeniach jest i to, że niektórzy chorzy szybko się nużą tak, że nie mogą wytrzymać nawet najkrótszych ćwiczeń. Autor podaje świeży przypadek niemoty, gdzie po pięciu tygodniach prawie różnicy w mowie zauważyć nie było można. Niemota w tym przypadku nie była zupełna, ale chory był zmuszony porozumiewać się z otoczeniem za pomocą ołówka.

Dr. Teofil Zalewski.

Gebele (Monachium). **W sprawie leczenia niedrożności jelit atropiną.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 33, 1901). W ostatnich czasach mnożą się przypadki niedrożności jelit, leczonej atropiną, — pomimo że przy staranniejszem rozpatrzeniu rzeczy, nie wytrzymałyby należytej krytyki. Większość bowiem autorów rozpoznaje bezwzględnie i ogólnikowo „ileus" jedynie na podstawie wywiadów i przedmiotowych objawów nie uwzględniwszy wcale, lub bardzo mało, dokładniejszych przyczyn, wywołujących w danym razie niedrożność. W przypadkach niedrożności porażennej lub skurczowej, są istotnie wskazane środki wewnętrzne, — najczęściej narkotyczne, jak makowiec; w ostatnich zaś czasach występuje na pierwszy plan atropina, która obok swego rzeczywiście korzystnego działania miejscowego prowadzi zbyt łatwo do zatrucia, szczególnie w zalecanych jednorazowo dawkach po 0·003—0·005: makowiec znów pociąga za sobą często zaburzenia żołądkowo-jelitowe i przeciwdziała koniecznym a wskazanym wlewaniom, lub łagodnym środkom rozwalniającym, które niekiedy bardzo byłyby pożądane. Największy jednak zarzut, jaki możnaby zrobić obydwom tym lekom, jest to, że mącą na dłuższy czas cały obraz chorobowy, skutkiem czego nie można śledzić z dnia na dzień przebiegu choroby. Z tych przyczyn należy dać pierwszeństwo morfinie. Być może, że atropina skutecznie działa w cięższych przypadkach zaparcia stolca, ale w niedrożności jelit pochodzenia mechanicznego jest to wprost wykluczone, — a stosowanie tego środka, np. w niedrożności skutkiem skręcenia jelit byłoby wprost „błędem w sztuce lekarskiej". Jakże bowiem zdoła atropina usunąć n. p. zagięcie jelit, odsznurowanie, uwięźnięcie, lub wreszcie skręcenie? teoretycznie jest to rzeczą niemożliwą, a praktycznie niestwierdzoną: owszem, że przeciwnie się dzieje, dowodzą Marcinkowski, Höchtlen i wielu innych.

Co się tyczy „ileus obturatorius", to jeśli nie można po atropinie spodziewać się poprawy w niedrożności, powstałej skutkiem guzów, to tembardziej nie wystąpi korzystny skutek w przypadkach wgłobienia jelit, lub zamknięcia światła przez ciała obce (kamienie kałowe, żółciowe itp.). Po zastosowaniu bowiem atropiny w takich razach mogą wprawdzie ustąpić chwilowo objawy gwałtowne, jak bolesność, wymioty, bębnica itp., ale cały obraz chorobowy zostaje zmieniony, traci się przez to odpowiednią do zabiegu chirurgicznego porę, aż nagle choroba z podwójną gwałtownością występuje po raz wtóry, przyczem zejście śmiertelne bywa nieuniknione. Autor opisuje podobny przypadek, w którym rozpoznano „ileus obturatorius" i podano w 4-tym dniu choroby atropinę, jako *ultimum refugium;* nastała poprawa, bolesność brzucha i wymioty ustąpiły i uważano chorą za uratowaną, mimo że wypróżnienia jeszcze nie było. Stan taki trwał trzy dni, — gdy nagle gwałtowne objawy się powtórzyły, i zmusiły do operacyi. Stwierdzono niedrożność skutkiem kamienia kałowego, — chora zmarła. Wobec tego autor twierdzi, że jeśli już w przypadkach niedrożności wskazany jest środek wewnętrzny, należy zawsze dać pierwszeństwo morfinie; — w innym razie jedynem wyjściem jest zabieg operacyjny; obok tego płókania żołądka i częste wlewania do odbytnicy po kilka litrów oliwy, lub olejku rącznikowego dziennie.

Dr. Henryk Pisek.

Goldman (Wiedeń). **Leczenie gruźlicy płucnej ichtyolem** (*Ammonium sulfo-ichtyolicum*) **w połączeniu z węglanem kreozotu** (*creosotum carbonicum*). (*Wiener medicin. Presse* Nr. 29

i 30. 1901). Stosowanie ichtyolu w gruźlicy płuc nie jest nowością — pierwszym był Unna, który lek ten w suchotach podawał, dalej Scarpa w Turynie, wreszcie Cohn w Hamburgu, zaznaczając ogólnie pomyślny wpływ tego środka. Autor, zachęcony tymi wynikami, zastosował ichtyol w połączeniu z kreozotalem na większą skalę w szczególności u 150 chorych gruźliczych, należących do sfery robotniczej. Zauważyć należy, że byli to chorzy z wyraźnymi naciekami szczytowymi, może być, że i z jamami płucnemi, które jednak były za małe, aby je można było przedmiotowo stwierdzić; rozpoznanie opierało się na kilkakrotnem starannem badaniu, drobnowidowem, które nadto wykazywało czasami i włókna sprężyste, jako dowód zniszczenia tkanki płucnej. W przypadkach z wyraźnemi jamami płucnemi nie było żadnej poprawy po ichtyolu, — jedynie początkowo łaknienie się nieco poprawiało, ale przypadki te kończyły się zwykle niepomyślnie. Przepis podawania ichtyolu z kreozotalem był następujący: *Rp. Creosoti carbon. »Heyden« 15,00 Solve in spirit. vin. rectif. q. s. Ichtyol-Ammon. 10,00 Aq. Menth. pip. 180,00* M. D. S. trzy łyżeczki dziennie w słodzonej czarnej kawie przed jedzeniem, podwyższając dawkę co tydzień o jedną łyżeczkę dziennie (aż do 5): można też podawać pigułki t. zw. ichtosowe, z których każda zawiera 0·10 ichtyolu i 0·04 kreozotalu. Dla dzieci do lat 16-tu zmniejsza się w poprzednim przepisie ichtyol do 5,00, a kreozotol do 10,00. Autor stosował te przetwory, — jak poprzednio nadmieniono w 150-ciu przypadkach gruźlicy płuc i wyraża się nader pochlebnie o otrzymanych wynikach, — w szczególności zaś podnieść należy, że łaknienie znacznie się poprawia, poty nocne, zarówno jak i męczący kaszel ustępują, nadto stan ogólny wzmacnia się, przyczem podnosi się także waga ciała.

Dr. Henryk Pisek.

Prof. W. Reiss (Kraków). **Dwa przypadki rzadkiego umiejscowienia zmiany kiłowej pierwotnej.** (*W. med. Pr.* Nr. 31, 1901). Obydwa przez Prof. Reissa opisane przypadki zaliczyć należy do niezwykle rzadkich. W pierwszym zmiana pierwotna *(sclerosis initialis)* znajdowała się na skórze klatki piersiowej w linii pachowej lewej. Powstała po ukąszeniu przez kobietę, mającą zmiany kiłowe w ustach. Mężczyzna zaś dotknięty był zboczeniem popędu płciowego t. zw. *masochismus*. Wzwód prącia następował u niego tylko po namiętnych ukąszeniach kobiety, z którą miał spółkować. Zmiana pierwotna w drugim przypadku usadowiona była na zewnętrznej powierzchni muszli usznej. Skaleczenie brzytwą przyjaciela, cierpiącego na kiłę, było jej powodem. Przebieg choroby był w obydwu przypadkach lekki, coby przemawiało przeciw twierdzeniu wielu autorów, że po zmianach pierwotnych usadowionych poza częściami płciowemi przebieg bywa cięższy. *Dr. Boczar.*

Whinfield Bartlett. **Przypadek leczenia gruźlicy wolnem powietrzem w domu.** (*The Lancet* 20 kwietnia 1901 r.). Autor opisuje ciekawy przypadek daleko posuniętych zmian gruźliczych w płucach, który leczył wolnem powietrzem w zwyczajnych warunkach domowych z wybitnie korzystnym wynikiem. Była to 38-letnia chora, cierpiąca od kilku lat na gruźlicę. W chwili rozpoczęcia leczenia wolnem powietrzem, stan jej był bardzo ciężki: wysoka ciepłota, silny kaszel, znaczne wycieńczenie, ogólne osłabienie i t. d. Całe lewe płuco było nacieczone, z jamą w szczycie i zajęciem opłucnej; w płucu prawem dawał się stwierdzić początkowy okres nacieku w szczycie. W plwocinie stwierdzono prątki gruźlicze w niewielkiej ilości.

Wobec małej nadziei skuteczności zwykłych zabiegów, B. zalecił całodzienny pobyt na powietrzu. W tym celu urządzono w ogrodzie improwizowany szałas, odsłonięty na południe, w którym chora przebywała od rana do zachodu słońca; szałas był zabezpieczony od wiatru okiennicami, a w środku ustawiony miał piecyk z rurą; pomimo chłodu (było to w m. lutym) chora, leżąc w łóżku albo siedząc na fotelu, czuła się doskonale w tych warunkach; wieczorem wracała do mieszkania, ale i tu w pokojach, gdzie spędzała wieczór i noc, okna były cały czas otwarte i tylko parawan oddzielał w sypialni łóżko od okna. Zimna chora nie czuła i tylko w bardzo wietrzne dni z domu nie wychodziła; w dnie zaś pogodne, przechadzała się. Dyety żadnej C. nie zalecał, ale chora sama miała wstręt do mięsa i ciężkich potraw — tak, że całe pożywienie jej stanowiły: mleko w ilości około $1^1/_2$ litra na dobę, jaja (1 na dobę), trochę słoniny, chleb z masłem, kleik, czasem trochę mięsa lub jarzyn. W ciągu pierwszych 3—4 miesięcy chora zażywała kreozot (po 1 granie 3 razy dziennie); robione też były wdychiwania z terpentyny i podawano wewnątrz lek, łagodzący kaszel. Lekarz odwiedzał chorą z początku 2 razy na tydzień, potem coraz rzadziej. Ciepłotę mierzono ściśle 2 razy na dobę i ważono chorą co tydzień.

Już po dwóch tygodniach takiego leczenia chora zaczęła się czuć lepiej; kaszel i plwocina zmniejszyły się, ciepłota wieczorna spadła niżej 37,8° C; waga zaczęła się powiększać; w pierwszych 6 tygodniach przybyło chorej 7 funtów; potem 2 miesiące trwały bez zmiany — i w tym czasie ciepłota była o 1 stopień wyższą od prawidłowej; w kwietniu nastąpiło pogorszenie, ciepłota podniosła się do 39° C; zwiększyło się osłabienie, chrypka, kaszel. Lekarz zalecił przez jakiś czas nie wychodzić z domu i pozostać w łóżku. Pod wpływem spokoju i częstych wdychiwań z *tinct. benz. comp.* objawy złagodniały — i po paru tygodniach chora znów zaczęła spędzać cały czas na wolnem powietrzu. Odtąd, z wyjątkiem niewielkiego pogorszenia w maju, polepszenie było stałe, choć powolne. Obniżenie ciepłoty i przybywanie na wadze szły równolegle. W sierpniu ciepłota doszła do prawidłowej i odtąd nie podniosła się więcej; waga ciała była wtedy 102 f., a ku końcowi roku doszła już do 114 f. i taką pozostała do lutego 1901 r.

Po roku leczenia wolnem powietrzem chora zmieniła się do niepoznania: utyła, nabrała zdrowej cery, kaszel prawie znikł, bóle ustąpiły. Objawy w płucu lewem zmieniły się tylko tyle, że rzężenia dźwięczne i tarcie opłucnowe znikły. W płucu prawem również początkowe objawy nacieku ustąpiły. Prątków gruźliczych w plwocinie nie stwierdzono więcej. Zaznaczyć należy, że miejscowość gdzie chora przebywała, nie przedstawiała żadnych korzystnych warunków; była to wieś, co prawda, ale leżąca w dolinie, gdzie mgła i wilgoć były częste. Ważną była natomiast rozsądna pomoc chorej i otaczających.

St. Rudzki.

Joseph Bellei. **Znużenie umysłowe u dzieci szkolnych.** (*The Lancet* 11 maja 1901 r.). Autor badał stopień zmęczenia u dzieci w szkołach Bolońskich w stosunku do przedmiotów pracy i czasu. Metodę badania wybrał B. bezpośrednią, określając stopień uwagi, z jaką dzieci pisały dyktando w różnych godzinach (ilość błędów i poprawek wskazywała na stopień zmęczenia). Badanie objęło 2760 dyktand, napisanych przez 320 chłopców i 140 dziewczynek w wieku przeciętnie 11 i pół lat. Wynik tych badań autor streszcza jak następuje:

1) Wpływ pewnych przedmiotów naukowych na stopień znużenia zauważyć się nie daje. 2) Pierwsza lekcya poranna przynosi pożytek, gdyż dzieci są w stanie przezwyciężyć nieuwagę, z jaką przybywają do szkoły. 3) Lekcye poranne nie wywołują wielkiego zmęczenia umysłu. 4) Południowy odpoczynek jest dla dzieci bardzo pożyteczny, gdyż nie niszczy on wyników dodatnich pracy porannej i pozwala dzieciom wykonywać potem dalszą pracę lepiej, niż po długim wypoczynku, jak to bywa zrana. 5) Chociaż bezpośrednio po południowej rekreacyi dzieci znajdują się w najlepszych warunkach do pracy umysłowej, to jednak godzina lub około tego pracy popołudniowej wystarcza, żeby wywołać zmęczenie umysłu, przy którem praca — ku końcowi lekcyi południowej — była najgorszą z całego dnia. Zatem chociaż poranna praca umysłowa nie męczy sama przez się, to jednak wyczerpuje energię umysłową dzieci do tego stopnia, że nawet lekka praca popołudniu wywołuje już silne zmęczenie umysłu. *St. Rudzki.*

Edward Marten Payne. **Dwa przypadki raka, leczone kakodylanem sodowym.** (*The Lancet*, 25 maja 1901 r.). Autor opisuje dwa przypadki raka, nie nadające się już do operowania, w których zastosowanie kakodylanu sodowego wywołało znaczne polepszenie. W pierwszym przypadku był rak macicy: po trzech miesiącach leczenia upławy krwawe ustały, waga ciała zwiększyła się prawie o 8 funtów, siły przybyły, cera stała się zdrową, (czy miejscowe owrzodzenia szyi macicznej zagoiły się, nie można było określić, gdyż chora nie pozwoliła na powtórne badanie przez pochwę). Zastrzykiwania podskórne odbywały się raz na dzień, najpierw w dawce 0,02, w dniu następnym 0,04, w trzecim 0,05, i w tej dawce wstrzykiwano lek cały miesiąc, poczem autor przeszedł do 0,075, — najwyższej dawki w tym przypadku, którą stosował przeszło miesiąc; wobec silnych bólów od ukłóć, zaprzestał wstrzykiwań i zapisał tensam przetwór wewnętrznie po 0,025 trzy razy dziennie; po 18-tu dniach chora przestała zażywać lekarstwo, uważając siebie za zupełnie zdrową.

W drugim przypadku spostrzegał autor u 70-letniego starca następujące objawy: w środku górnej powierzchni języka głębokie zaklęśnięcie, a poniżej niego stwardnienie wielkości dużego laskowego orzecha, w którym rozpoznano raka, nie nadającego się do operacyi wobec wieku chorego. Rozpoczął tedy autor zastrzykiwania kakodylanu sodowego, najpierw w małej dawce, a następnie podwyższając ją aż do 0,075. Chory uczuł się lepiej od samego początku tego leczenia: po 6-ciu tygodniach guz rakowy nietylko nie powiększył się, lecz nawet cokolwiek zmalał; powierzchnia języka mniej była wciągniętą; gruczoły chłonne na szyi, które pewien czas były powiększone, sklęsły.

Przypadki te znaczenia decydującego nie mają oczywiście, ale pozwalają przypuszczać, że kakodylan sodowy jest skutecznym środkiem paliatywnym przy rakach, nie nadających się do operacyi,

gdyż sprawa chorobliwa co najmniej wstrzymuje się w swym rozwoju. Działanie tego leku tłómaczy autor zgubnym wpływem arszeniku nawet podawanego wewnątrz na komórki nabłonkowe: zdrowe dłużej opierać się mogą, — natomiast schorzałe, np. rakowe prędko giną od przetworów arsenu. *St. Rudzki.*

Geissler i Japha. **Niedokrewność małych dzieci.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* Nr. 53, tom 3, zeszyt 6). Zmiany czerwonych ciałek krwi, szczególnie wystąpienie komórek ziarnistych, jest u dzieci objawem chorobowym, zaś ilość leukocytów i stosunek odsetkowy do limfocytów może być zwiększony. Podział niedokrewności u dzieci wedle ilości leukocytów jest bezcelowy, gdyż leukocytoza jednojądrzasta jest często objawem przejściowym. Obrzęk śledziony nie jest objawem różniczkowo-rozpoznawczym, gdyż występuje tak w lekkich, jak i w ciężkich postaciach niedokrewności, a nieraz nawet pojawia się, choć niedokrewności niema. U małych dzieci krzywiczych spotyka się zmiany we krwi, okazujące stopniowanie od lekkiego zmniejszenia ilości hemoglobiny i ciałek krwi czerwonych aż do wystąpienia megaloblastów. Ciężkie te postacie niedokrewności łączą się stale z obrzękiem śledziony, i można je nazwać *anaemia splenica*, lecz to nie jest jeszcze dowodem, że ta choroba jest sprawą pierwotną i swoistą. Przez nazwę *anaemia pseudoleucaemica* rozumieć należy rozmaite stany, z których pewna część należy do ciężkiej przewlekłej niedokrewności *(anaemia splenica)*, a pewna część do białaczki. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Th. Heiman (Warszawa). **O guzie perlistym** (*Cholesteatoma*) **ucha.** (*Medycyna* 22 i 23, 1901). Na sprawę powstawania żółciołojaka istnieją dotąd następujące trzy główne poglądy: 1) jako nowotwór heteroplastyczny (Virchow), 2) jako wytwór retencyjny i zapalny (Tröltsch, Politzer i in.), 3) wreszcie, jako połączenie obu tych poglądów. Lubo wszystkie przez H. spostrzegane przypadki były następstwem spraw patologicznych w uchu środkowem, uważa on przecież wystąpienie pierwotne żółciołojaka za możebne, przyznaje jednak, że żaden z panujących obecnie poglądów nie wyjaśnia w sposób zupełnie zadawalniający genezy żółciołojaka i jego etyologii. Nie ulega też wątpliwości, że istnieje związek między przewlekłą sprawą ropną w uchu a owemi masami perlistemi, występującemi głównie przy ziarninach w jamie bębenkowej, przy braku częściowego albo całkowitego błony bębenkowej, szczególnie przy przedziurawieniu błony Shrapnela itp. Żółciołojak kości skroniowej może dojść znacznych rozmiarów i dłuższy czas istnieć, nie wywołując objawów próchniczych, ani znaczniejszych dolegliwości, częściej jednak spowoduje różnego stopnia ubytki i wyżłobienia w kości, ważne i głębokie sprawy zapalne, oraz objawy podmiotowe. Zwłaszcza dostanie się płynu lub pary wodnej do ucha wywołuje napęcznienie guza i następowo gwałtowne objawy odczynowe, dotkliwy ból głowy, wysoką gorączkę itd., z powodu zastoju ropy i może doprowadzić do zapalenia przetoki poprzecznej, opon mózgowych, lub do ropnia mózgu. Rzadziej zdarza się, że masy naskórkowe wydalają się na zewnątrz przez przewód uszny zewnętrzny, przez otwór w wyrostku sutkowym lub w tylnej ścianie przewodu i następuje wyleczenie.

Rozpoznaje się tę chorobę, gdy z ucha wydalają się masy, złożone z warstw naskórka spółśrodkowo ułożonych, barwy białej, perłowej masy, lub brunatno-żółtej. Cuchnąca ropa, zawierająca blaszki naskórka i dużo cholestearyny, budzi podejrzenie na żółciołojak; należy go uważać za nowotwór pierwotny, jeżeli jest brak przedziurawienia i blizny w błonie bębenkowej, dalej, gdy na wiele lat przed wydalaniem się jego na zewnątrz rozwija się głuchota nerwowa skutkiem uszkodzenia błędnika, bez uprzedniego zapalenia i ropienia w uchu, gdy to ostatnie jest pochodzenia niedawnego, a guz jest tak wielki, że rozwój jego musiałaby poprzedzić długotrwała sprawa ropna w uchu. Rokowanie, z powodu trudnej wyleczalności, skłonności do nawrotów i groźnych powikłań śmiertelnych ze strony jamy czaszkowej, oraz zakażenia ustroju, jest niekorzystne. Leczenie zachowawcze polega na systematycznem usuwaniu mas cholesteatomatycznych zapomocą przestrzykiwania zgiętemi rurkami bębenkowemi, lub zapomocą innych narzędzi, względnie na usuwaniu uklejów, ziarnin, próchniczych kostek słuchowych i t. d. Żółciołojak wyrostka sutkowego wymaga operacyi t. zw. doszczętnej. Gdzie przewód zewnętrzny dość jest obszerny, masy te łatwo dają się wydalać przestrzykiwaniem, a chory pozostaje w ciągłej systematycznej kontroli lekarza, tam można próbować dojść do celu zapomocą leczenia zachowawczego. Zaś przy utrudnionych warunkach usuwania tych mas perlistych, niemożności ciągłej obserwacyi lekarskiej i obecności podmiotowych a dotkliwych objawów, jak bólu i zawrotu głowy, należy najspieszniej przystąpić do operacyi doszczętnej. *Spira.*

Cramer. **O wyrównaniu przemiany materyi** (*Stoffwechselgleichung*) **u noworodka** (*Archiv für Kinderheilkunde* T. XXXII, Zeszyt 1 i 2). Autor przeprowadził badania szczegółowe na pięciu noworodkach, a wyniki tych badań składa w następujących twierdzeniach: Codzienne ważenie noworodka nad ranem daje pewne wskazówki do ocenienia jego wzrostu. Zubożenie noworodka w wodę powoduje w pierwszych dniach życia bezwzględne, a w stosunku do ilości przyjętego pokarmu względne zmniejszenie wydzielania moczu tak, iż przy jednakim dowozie pokarmu dzienna ilość moczu w pierwszym tygodniu życia stopniowo się wzmaga. Od dziesiątego dnia życia dzienna ilość moczu wśród korzystnych warunków odżywiania i rozwoju wynosi około 70% wprowadzonego do ustroju płynu. Wydzieliny gazowe u noworodka i osesska w małych odstępach czasu ulegają znacznym wahaniom. U noworodka wydzieliny te bezwzględnie i względnie są słabsze, aniżeli u starszego osesska, z powodu mniejszego nasilenia przemiany materyi i odruchów, oraz z powodu mniejszej zawartości wody. U przedwcześnie urodzonego dziecka już w pierwszych 10-ciu dniach życia wydzielanie gazów jest wzmożone. *Dr. Jan Landau.*

V. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901.

Zestawił

Dr. P. Kučera.

Sekcya lekarska.

(Dokończenie Sekcyi lekarskiej)

60. Docent A. Velich (Praga). **Doświadczenia z lekami tamującymi krwotoki płucne.** Jeżeli zastrzykniemy do żyły królikowi lub morskiej śwince wyciąg sporyszu *(secale cornutum)*, piperydyny, nikotyny, koniiny, lub wyciąg z nadnercza, to pomimo znacznego zwężenia światła naczyń w całem ciele, naczynia płucne się nie zwężają, a barwa płuc po takiem wstrzyknięciu nie zmienia się; ciśnienie w tętnicy płucnej pozostaje prawie jednakowe, po nacięciu zaś płuc krwotok prędzej się powiększa, niżeli zmniejsza.

Wobec tego nie uważa autor stosowanie leków tych za uzasadnione.

61. Dr. O. Koso (Praga). **Oznaczanie ilości żelaza we krwi (ferrometria kliniczna).** Według K. oznaczanie ilości Fe we krwi na podstawie ilości hemoglobiny nie jest ścisłem. Przekonania tego nabrał autor, badając 50 przypadków niedokrewności, bądź pierwotnych, bądź też następowych zapomocą ferometru Jollesa. W 48% liczby otrzymane ferometrem J. były mniejsze od liczb, otrzymanych przez obliczanie Fe z oznaczonej hemoglobiny; w 22% zaś odwrotnie, a tylko w 30% obie metody wykazywały jednakowe ilości żelaza. Z tego wynikałoby, że ilość żelaza we krwi, ilość hemoglobiny i barwa krwi są niezależne od siebie, i że do teraźniejszych metod badania krwi dołączyć trzeba jeszcze i ferometrye.

62. Prof. J. Hlava (Praga). **Adenia maligna.** Do *adenia maligna* zalicza Hlava postępujące bujanie tkanki gruczołowej tak w gruczołach chłonnych, jak i w innych narządach, jeżeli bujanie to niema cechy zapalnej, swoistej (gruźlica, kiła), lub odrodczej. Według niego należy tu więc: *lymphoma malignum*, *myeloma*, *mycosis fungoides*, *chloroma*, a także te przypadki, które oznaczano jako *lymphosarcoma* narządów, lub jako *pseudoleukaemia*, lub *splenomegalia* Bantiego.

Pomiędzy 15.200 przypadków sekcyjnych 42 razy znalazł H. *adenia mal.*; oprócz tego było 10 przypadków, które klinicznie przebiegały jako białaczka rzekoma, w rzeczywistości zaś były gruźlicą gruczołów. Przypadki *adenia maligna* dzieli H. na następujące gromady: 1. zajęte są wszystkie gruczoły, względnie znajdują się chłoniaki i w szpiku kostnym i narządach (*lymphomatosis universalis*). 2. Choroba zaczyna się od pewnej gromady gruczołów i przechodzi na dalsze gruczoły, lub narządy (*lymphoma malignum*). 3. Punktem wyjścia choroby są pojedyncze narządy (migdałki, jelito, szpik kostny (*myeloma*), śledziona (*sphlenomegalia*). skóra (*mycosis multiplex fungoides*). Autor nie uważa *adenia maligna* za sprawę nowotworową, jak np. Ribbert, ani za nowotwór zakaźny, jak Lubarsch, Paltauf, Ziegler, lecz uważa ją za swoiste bujanie tak miąższu, jak i podłoża tkanki gruczołowej, przyczem nie zaciera się nigdy zupełnie budowa tkanki chłonnej. Według Hlavy chłoniaki narządów nie powstają w ten sposób, jak przerzuty nowotworowe, t. zn. przez przeniesienie cząsteczki samego nowotworu pierwotnego, tylko przez przenoszenie przyczyny, podobnie jak t. nazw. „typhomy“ w durze brzusznym, lub jak zołzy.

Co do właściwej przyczyny *adenia mal.*, to jakkolwiek nie udało się autorowi wykryć drobnoustrojów swoistych, to przecież

jest on zdania, że jest to choroba zakaźna krwi lub narządów krwiotwórczych. Zdanie to opiera na doświadczeniu klinicznem (*typhus recurrens chronicus* Ebstein) i na istnieniu endemii *ad. mal.* (kopalnie w Schneebergu w Saksonii, gdzie 75% górników zapada). Doświadczenia autora, dotyczące przenoszenia żywej miazgi z obrzękłej śledziony wprost do śledziony królika, nie doprowadziły dotąd do pewnego wyniku.

63. Docent A. Heveroch (Praga). **Aphasia amnestica.** Demonstracya i wytłómaczenie seryowych preparatów z całego mózgu z ropniem w płacie skroniowym.

64. Dr. V. Reinsberg (Praga). **O gruźlicy serca.** U 35-letniego umysłowo chorego mężczyzny z gruźlicą płuc i gruzełkami w różnych narządach znaleziono gruźlicze zapalenie osierdzia i oprócz tego w mięśniu prawego przedsionka ognisko serowate wielkości jaja gołębiego z gruzełkami w otoczeniu. Drogę powstania ogniska tego upatruje autor w naczyniach chłonnych.

65. Dr. F. Prokop (Praga). **O zatruciu amoniakiem.** Autor omawia symptomatologię i zmiany anatomiczne przy zatruciu amoniakiem na podstawie trzech spostrzeganych przypadków. W obrazie klinicznym, oprócz objawów typowych, zwraca uwagę na jakościowe i ilościowe zmiany krwi.

66. Dr. P. Kučera (Lwów). **Dwa rzadkie powikłania duru brzusznego.** I. U mężczyzny 23-letniego w 4-tym tygodniu duru brzusznego nastąpiła śmierć z powodu odmy piersiowej po stronie lewej. Przy sekcyi znaleziono, oprócz klasycznych zmian durowych, jeszcze zakrzepy posokowate krwotoczne, dążące do sekwestracyi, z których jeden był przyczyną przedziurawienia opłucnej. Punktem wyjścia zakrzepu okazało się zaczopowanie prawej żyły biodrowej. Powstanie skrzepu żylnego, — zresztą dość częstego w przebiegu duru, — dobrze tłómaczą doświadczenia Jakowskiego, który wykazał, że zapomocą prątków okrężnicowego i błoniczego, a zwłaszcza durowego, lub ich jadów, łatwo można wywołać skrzep krwi w żyle, jeżeli tylko w jakikolwiekbądź sposób światło i prąd krwi na tem miejscu ulega zaburzeniu.

II. Mężczyzna 23-letni, chory na dur brzuszny, śmierć w 4-tym tygodniu. Przyczyną śmierci, obok duru było w tym przypadku ropne zapalenie opłucnej po stronie prawej i takie same zapalenie otrzewnej. Punktem wyjścia zapalenia tego był czyrak w okolicy rzyci, który przeszedł w ropówkę (phlegmone). Z ropówki tej można było wyraźnie śledzić drogę ropienia w tkance około gruczołu krokowego, w gruczole samym, dalej w tkance pozaotrzewnowej do lewego przyczepu przepony, aż do całej lewej połowy przepony, przedstawiającej obraz *diaphragmatitis suppurativa*. Zapalenie ropne przepony dopiero, z jednej strony dało powód do zapalenia opłucnej, z drugiej do zapalenia otrzewnej. Na całej opisanej drodze wykryto bakteryologicznie mięszankę bakteryj: *b. typhi*, *b. coli*, *streptococcus* i *anaërob* bliżej nieoznaczony.

67. Dr. Č. Šimerka (Praga). **Zapalenie opon mózgowych rzekome.** Objawów występujących przy zapaleniu opon mózgowych, nie można odnosić do zmian w samych oponach, lecz do równoczesnych zmian mózgowych. Dlatego też nie zgadza się tak często natężenie objawów klinicznych z natężeniem zmian w oponach. Czasami występują objawy zapalenia opon bez żadnych zmian na oponach, a przypadki tego rodzaju nazwano zapaleniem opon mózgowych rzekomem.

Na podstawie kilku przypadków z kliniki prof. Maixnera sądzi autor, że takie zapalenie opon mózgowych rzekome może być spowodowane jadami różnych bakteryj.

68. Docent V. Mladějovský (Praga). **Leczenie cukrzycy w Zdrojowiskach Maryańskich (Marienbad).** Wiadomo, że do leczenia w zdrojowiskach wogóle nadają się tylko dobrotliwe postacie cukrzycy, t. zw. *diabetes lipogenes* lub *hepaticus*. Ogólnie polecane bywają pod tym względem Wary Karolowe i Vichy; działanie wód tych odnoszono dawniej mylnie do zawartości w nich dwuwęglanu sodowego. Według Pflügera *diab. lipogenes* powstaje wskutek upośledzonej czynności wątroby, przeładowanej tłuszczem. Wspomniane wody mineralne zaś, według autora, jako łagodne środki przeczyszczające, regulują krążenie krwi w rozgałęzieniu żyły bramnej, przez co znowu zmniejsza się ilość tłuszczu w wątrobie i poprawia czynność jej (np. wzmaga się wydzielanie żółci).

Pod tym względem jednak jeszcze energiczniej działa woda Maryańska, a dlatego już z góry przypuszczał autor, że nadaje się może lepiej do leczenia cukrzycy. Doświadczenie jego ogranicza się dotąd tylko do 9-ciu przypadków, jednak wyniki tą drogą otrzymane były tak pomyślne, że autor dochodzi do wniosku: Woda źródła krzyżowego i Ferdynanda w Zdrojowiskach Maryańskich jest energicznym środkiem przeciw cukrzycy i nadaje się lepiej do leczenia jej, nawet niż Wary Karola.

69. Dr. J. Ostřcil (Praga). **Odmrożenie i śmiertelna rana postrzałowa.** W czeskim zakładzie dla medycyny sądowej dokonano tego roku sekcyi zwłok mężczyzny, która wykazała odmrożenie III. stopnia na twarzy, rękach, przedramieniu, na nogach i podudziach po obu stronach. Z narządów wewnętrznych nerki okazywały stan ostrego zapalenia. Oprócz tego pod lewą brodawką piersiową widać było ranę postrzałową, dążącą do wypełnionego krwią osierdzia i przechodzącą w ścianę lewej komory. Kanał postrzałowy w mięśniu sercowym łączył się ze światłem komory tylko na jednem miejscu, wielkości soczewicy. Mężczyznę tego znaleziono zmarzniętym z raną w sercu, odstawiono do szpitala, gdzie w cztery dni później umarł. Wieść głosiła, iż człowiek ten zasnął w zawiei śnieżnej, a kiedy, obudziwszy się spostrzegł, że nogi i ręce jego są odmrożone, postanowił dopiero zadać koniec życiu swojemu. Autor jednak podnosi, że jest nieprawdopodobnem, aby człowiek z odmrożeniem III. stopnia mógł jeszcze rozpiąć surdut i skierować broń, podaje więc tłómaczenie odwrotne.

Co do rany w sercu, to prawdopodobnie łączenie się komory z kanałem postrzałowym w mięśniu sercowym istniało od samego początku, a jest to dlatego ciekawe, że serce przy takiem zranieniu mogło jeszcze przez cztery dni dobrze pracować!

VI. Sprawozdanie z 25-go zjazdu niemieckiego Towarzystwa dla higieny publicznej, odbytego w Trewirze.

Napisał

Dr. Leonard Bier.

(Ciąg dalszy).

Dziwną zaiste jest rzeczą, że sprawie mieszkań, pomijając starożytność, przez wiele wieków — żadnej do niedawna nie poświęcono uwagi. Jest to jednak jeden z niezmiernie ważnych czynników naszego bytu, wpływający nietylko na zwyczaje, usposobienie i charakter, ale zarazem i na zdrowie człowieka. Tłómaczyć to można tylko tem, że aż do czasu rozwoju wielkiego przemysłu fabrycznego i z nim połączonego skupiania się ludności, wpływ ten ujemny nie był tak wyraźny. Że rozwój przemysłu i przezeń spowodowane gromadzenie się ludności w miastach przyczyniły się przez pogorszenie warunków mieszkalnych do fizycznego, moralnego i ekonomicznego upadku ludności roboczej, wnosić można ztąd, że państwa, przodujące na polu wielkiego przemysłu, jak Anglia, Francya i Belgia, pierwsze spostrzegły wpływ ujemny przepełnionych i niezdrowych mieszkań i starały się zaradzić złemu odpowiedniemi ustawami. I w Niemczech, od czasu ich zjednoczenia i za nim idącego rozwoju wielkiego przemysłu, sprawa mieszkań stała się coraz więcej piekącą. To też nie po raz pierwszy obradowano w niemieckiem Towarzystwie dla higieny publicznej nad tą sprawą. Zebrania we Frankfurcie 1888 r., w Strassburgu 1889, Brunświku 1890, i w Kolonii 1898 były poświęcone sprawie mieszkań ludności uboższej. Obradowano na nich nad ustawą budowlaną dla całego państwa, ze szczególnem uwzględnieniem warunków taniej i zdrowej budowy małych mieszkań; — dalej nad policyjnym dozorem sposobu używania mieszkań i mieszkaniami dla robotników. Zdawaćby się mogło, że wobec tak licznych zebrań, sprawozdań i rozpraw temat ten w zupełności już wyczerpano i niewiele można powiedzieć nowego, niemniej jednak uważał wydział Towarzystwa za rzecz wskazaną przedstawić potrzebę małych mieszkań w świetle liczb, wskazać co dotychczas na tem polu zrobiono w Niemczech, jak wiele jeszcze zostaje do zrobienia, jakimi prawnymi środkami prywatnymi i publicznymi zdążać należy do poprawy ujemnych stron mieszkań ludności mniej zamożnej.

Już w referatach pierwszych dwóch dni zjazdowych Gaffke i Prausnitz podnosili znaczenie mieszkania w szerzeniu się moru, oraz jako ważnego czynnika w etyologii śmiertelności osesków. Było to niejako wstępem do ostatniego tematu obrad, dla którego obrano najlepszych znawców sprawy mieszkań. Byli nimi naczelnik urzędu lekarskiego w Hamburgu Reincke, tajny radca budownictwa z Kolonii Stübben i starszy burmistrz Frankfurtu n. M. Adickes. Temat brzmiał: „Małe mieszkania w miastach, jak je budować i poprawiać". Jakkolwiek w Galicyi, wobec małego przemysłu, sprawa mieszkań nie stała się dotychczas piekącą i nie odgrywa zdaje się tak wielkiej roli, jak już n. p. w Warszawie, nie jest ona jednak i dla nas obojętną, zwłaszcza we Lwowie i Krakowie, gdzie ceny mieszkań średnich i małych w porównaniu do ich urządzeń zdrowotnych coraz więcej wzrastają. Do uzdrowotnienia mieszkań, do unormowania stosunków ceny i do poprawy wa-

runków zdrowotnych, moralnych i ekonomicznych, o ile zależą od mieszkania, wielce przyczynić się mogą zarządy miast większych przez wydanie odpowiedniej ustawy budowlanej, uwzględniającej więcej, niż to istnieje w ustawach dla Lwowa i Krakowa, warunki higieniczne i przez wprowadzenie stałej kontroli nad sposobem używania mieszkań. Wobec skarg i zarzutów, robionych publicznie w sądach ustawie budowlanej przez ludzi zawodowych należy się spodziewać, że sfery rządzące wkrótce wypracują projekt nowy. Oby nie odbyło się to bez współudziału lekarzy. Istnieje projekt przyłączenia do Krakowa najbliższych, przylegających do miasta, wsi, zniesienia fortyfikacyj podmiejskich, przyczem powstaną przestrzenie na nowe ulice i dzielnice. Przy układaniu planów rozszerzenia miasta zarząd miejski winien rozumną ustawą budowlaną dla nowych dzielnic zapobiedz tak szkodliwej w skutkach i dla zdrowia, gieldzie gruntowej, i tym sposobem przyczynić się do prawidłowego i zdrowego ich zabudowania. Pragnąc wskazać tym kolegom, którzy bądź w Radzie, bądź w komisyach będą mogli na tę sprawę wpływ wywierać, gdzie szukać mają wskazówek dla zapoznania się z zasadami, któremi kierować się winno miasto przy tworzeniu nowych dzielnic oraz zdrowych i tanich mieszkań, streściłem referaty powyższego tematu obszerniej, aniżeli się to nadaje dla czasopisma ściśle lekarskiego. (*Uwaga sprawozdawcy).*

Pierwszy referent Reincke zaznaczył na wstępie, że chcąc dać racyonalnie dobre i zdrowe mieszkania uboższej ludności, nie wystarczy wydać choćby najlepsze ustawy budowlane; nie wystarczy zamykać niezdrowe mieszkania i karać winnych za nieodpowiednie dla zdrowia użycie mieszkań: trzeba prócz tego jeszcze starać się o budowę nowych małych mieszkań. Powszechny jest brak małych mieszkań w miastach większych. W Hamburgu n. p., mimo budowy nowych domów, brak corocznie 700 do 1000 małych mieszkań. Pomimo tego ludzie się jakoś mieszczą; dzieje się to w ten sposób, że wiele rodzin wynajmuje mieszkania większe i droższe i odnajmuje je częściowo innym: tym sposobem mieszkania większe najczęściej są przeludnione, a nadto wiele osób mieszka w przestrzeniach, zbudowanych nie w celach mieszkalnych. Do wytworzenia tych nieprawidłowych stosunków w mieszkaniach uboższej ludności, obok ich braku przyczynia się w znacznym stopniu niezwykła ich cena. Z zestawienia statystycznego cen czynszowej ludności, będącej w różnym stopniu zamożności. wynika, że największy wzrost cen czynszowych dotyka mieszkania najmniejsze, a zatem dosięga ludności najuboższej. Stan warunków mieszkalnych w miastach niemieckich przedstawiają następujące liczby, wybrane z licznych tablic Reinckego: na 1000 mieszkań liczą apartamentów o jednej izbie w Berlinie 496,7 — we Wrocławiu 508,9 — w Królewcu 562.9 — w Görlitz 575,0 w Lignicy 396,9; — na 1000 ludności mieszka w jednym pokoju: w Królewcu 540, w Magdeburgu 491, w Berlinie i Wrocławiu około 440 — wynosiło to dla Berlina 710,000 mieszkańców. W Berlinie jest 27.000 mieszkań przeludnionych, t. j. przeszło 66 na 1000, w Dreznie liczba ta dochodzi do 81, w Halli do 97, w Królewcu do 148. Mieszkania te nadto nie odpowiadają warunkom zdrowia: zbyt wiele ludności mieszka jeszcze w piwnicach i na poddaszach. Na 1000 ludności mieszka w piwnicach: we Wrocławiu 40,1, w Charlottenburgu 22,4, w Halli 33,9 w Królewcu 33, w Hamburgu 64,4; — na czwartem piętrze i jeszcze wyżej mieszka: w Charlottenburgu 367,1, w Dreznie i Wrocławiu 168,1, w Mannheim 159,4 na 1000 ludności. Mieszkania te prócz tego są bardzo drogie; złożone z jednego pokoju kosztuje rocznie 200, z dwóch — około 300, z trzech — około 400 marek i więcej. W stosunku do dochodów przeciętnej ludności uboższej wydatek na mieszkanie z dwóch pokoi, przekraczający zazwyczaj 20% ogólnych dochodów, zanadto jest wielki — cóż dopiero mówić o potrzebie mieszkania z trzech pokoi złożonego? W poszukiwaniu za mieszkaniem, jeżeli nie tańszem, to wygodniejszem i zdrowszem, znaczna ilość ludności często zmienia mieszkania. W Charlottenburgu, Hamburgu czwarta część ludności zmienia mieszkania co pół roku; w Berlinie około 80·000 co pół roku, a 50.000 rocznie. Jakżeż w takich warunkach wytworzyć się może związek ściślejszy między człowiekiem a jego mieszkaniem? Przeludnienia i brak mieszkań, odpowiadających warunkom zdrowia, wpływają w wysokim stopniu na zdrowie i moralność ludności. Wprawdzie trudno liczbami określić ten wpływ ujemny, niemniej stwierdza go codzienne doświadczenie lekarskie, szczególnie co do chorób zakaźnych, gruźlicy, odry, płonicy, ospy, błonicy i krztuśćca, a w czasie epidemii moru i cholery, dziesiątkują choroby te ludność mieszkań niezdrowych i przepełnionych. O wiele gorszy wpływ od szerzenia się chorób zaraźliwych przedstawiają mieszkania niezdrowe w przewlekłym zaniku i niedorozwoju sił fizycznych ludności, a szczególnie dzieci zamieszkujących mieszkania ciasne i ciemne. Zło mieszkanie jest czynnikiem, który powoli zmniejsza poczucie siły i zadowolenia z życia, osłabia wydatność pracy, przyczynia się do zwątlenia żywotności następnych pokoleń, zmniejsza łączność rodzinną i zniewala do szukania rozrywki poza domem najczęściej w szynkowni, jest to czynnik, który, przez wspólność przestrzeni mieszkalnej dla obu płci, przyczynia się i do zmniejszenia moralności. Chociaż dzięki nowszym badaniom i stosownym zarządzeniom na polu chorób zakaźnych zmniejszyła się nieco ogólna chorobliwość i śmiertelność w tym kierunku, to jednak nie można już opuszczać rąk: nie można np. pozostać nieprzygotowanym do walki z morem.

Niebezpieczeństwo fizycznego i moralnego upadku ludności uboższej związane jest ściśle, jakkolwiek niewyłącznie, z mieszkaniami w miastach; jednym z dzielniejszych środków zaradczych jest tu budowa mieszkań małych. Starać się o budowę tych mieszkań obowiązane są zarządy miejskie, zwłaszcza wobec uchylania się kapitalistów prywatnych od tych przedsiębiorstw, spowodowanego tem, że czynsz z nich nie jest pewny, a następnie trudno jest sprzedać tego rodzaju dom. Starali się tu i ówdzie przedsiębiorcy prywatni i towarzystwa budować domki dla robotników, złożone z dwóch, czterech, do ośmiu mieszkań, poza miastem, na gruncie tanim. Do każdego mieszkania należał nadto mały kawałek ogrodu. Wydawać by się powinno, że do mieszkań tych, zbliżonych do miasta dogodnemi połączeniami kolejowemi lub tramwajowemi, ludność licznie się będzie garnęła. Przerachowano się jednak. Łatwość zarobku dla żon robotników, oraz pociąg do rozrywek miejskich, zniewalały wielu robotników, że chętniej mieścili się w ciasnem i niezdrowem mieszkaniu w środku miasta. Aby ludności uboższej przynieść rychłą poprawę jej mieszkań, trzeba dlań mieszkanie budować w pobliżu miejsca jej zarobkowania, w mieście, choćby na gruncie drogim. Aby zaś czynsze mieszkań tych nie wypadły za wysoko, należy osobnymi przepisami, odnoszącymi się tylko do tych mieszkań, zmniejszyć do ostatnich higieną dozwolonych granic wymagania ustawy budowlanej. W ten sposób otrzyma się chociaż na gruncie kosztownym, ale przez niedrogą budowę, tanie zdrowe mieszkania. (Dok. nast.).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 19 września.

* Minister oświaty w porozumieniu z ministrem spraw wewnętrznych zamianował egzaminatorami dla rygorozów lekarskich na rok 1901/2 — *w Krakowie:* komisarzem rządowym starszego lekarza pow. Dra Gustawa Bielańskiego, jego zastępcą prof. Dra St. Poniklę; koegzaminatorem przy II rygorozum Docenta Dra J. Raczyńskiego, jego zastępcą Dra E. Rosenblatta; koegzaminatorem przy III rygorozum Docenta A. Bossowskiego, jego zastępcą prof. A. Rosnera. *We Lwowie:* komisarzem rządowym Radcę Dworu Dra J. Merunowicza, jego zastępcą inspektora sanitarnego Dra J. Barzyckiego; koegzaminatorem przy II rygorozum prof. Dra S. Bądzyńskiego, jego zastępcą Doc. Dra J. Wiczkowskiego; koegzaminatorem przy III rygorozum prof. W. Łukasiewicza, jego zastępcą Docenta Dra H. Schramma.

* Minister oświaty zatwierdził w stopniu docentów: dr. W. Chlumskyego do wykładów z chirurgii ortopedycznej w Krakowie, oraz dr. E. Kowalskiego do wykładów hidroterapii we Lwowie.

* Pierwszy egipski kongres lekarski, jak donieśliśmy, odbędzie się w Kairze między 10 a 14 grudnia 1902 roku. Dzięki położeniu geograficznemu i warunkom epidemiologicznym Egiptu, Kongres ten może przybrać rozmiary, przekraczające zamysły jego inicyatorów. Z przysłanych nam druków dowiadujemy się, że Komitet gospodarczy zawiadomił o Kongresie drogą dyplomatyczną rządy państw europejskich, a jednocześnie w prasie lekarskiej pojawiły się głosy, ażeby Zjazd ten wprost przerobić na Kongres »dla medycyny kolonialnej«. Dotychczas ogłoszone tematy dotyczą epidemiologii i pasorzytnictwa Egiptu, a wszyscy referenci należą do sił miejscowych.

Wezwanie całej europejskiej prasy lekarskiej do rozpowszechnienia programu Kongresu, zapowiedź zawiadomienia o warunkach uczestnictwa i zniżkach w podróży, zaproszenie tą drogą wszystkich lekarzy europejskich świadczą, że Komitet gospodarczy właściwie urządza Kongres międzynarodowy z programem specyalnie dotyczącym strefy gorącej.

* W celu niesienia pomocy w wypadkach i nagłych zachorowaniach w austryackich fabrykach cygar ma być zorganizowana z dozorców i godnych zaufania robotników służba zdrowia, która odbierze stosowne pouczenie i instrukcyę od lekarza fabrycznego. Prócz tego zamierza władza poczynić zarządzenia ze względu na gruźlicę, a niemniej zająć się podniesieniem poziomu oświaty wśród robotników tych fabryk.

* Od 1 października b. r. wychodzić będzie w Warszawie dwutygodnik »Przegląd felczerski», czasopismo dla felczerów i akuszerek. Kierownictwo pisma obejmuje Dr. St. Radziszewski. Prenumerata wynosi pięć rubli.

* W Sofii otwarto Instytut do wyrabiania surowicy przeciwmorowej; zakład znajduje się za miastem. Kierownictwo powierzono Drowi Batiarowowi.

* Drugi międzynarodowy Zjazd lekarzy Towarzystw Ubezpieczeń na życie odbędzie się w Amsterdamie od 23 do 25 września b. r. Adres sekretarza: J. F. L. Blankenberg *Amsterdam, Damrak* Nr. 74. Wpisowe wynosi 10 złr.

* Ministeryum pruskie zamierza ujednostajnić egzamina dla masażystów i innych pomocników lekarskich.

* Król angielski powołał komisyę z pięciu profesorów pod przewodnictwem Sir Michaela Fostera, której poruczył zbadanie, czy gruźlica ludzka jest identyczna ze zwierzęcą, a tem samem czy się przenosi ze zwierzęcia na człowieka i nawzajem.

* Ogłoszono rozporządzenie ministeryalne, mocą którego rozstrzygniętą została wątpliwość, czy lekarz. obwiniony przez Izbę lekarską w sprawie honorowej, może mieć obrońcę adwokata. Ministeryum orzekło, że zastępstwo takie jest dopuszczalne.

* Pruski lekarz Steffan został przed kilku miesiącami zaszczycony tytułem »radcy sanitarnego«. Wkrótce jednak po otrzymaniu dyplomu nadeszło wezwanie, ażeby złożył taksę, wynoszącą 300 Mk. Dr. Steffan założył rekurs, tłómacząc się, że o nadany mu tytuł radcowski nie ubiegał się. więc i nie powinien płacić taksy, jeśli ten tytuł w miejsce zaszczytu niema się mu stać ciężarem. Wiadomo jednak, jak to władze fiskalne są nieugięte. gdy raz już »wymiar« nastąpił; więc Dr. Steffan 300 Mk. zapłacić musiał. Władza jednak spostrzegła, że pomimo tak ścisłych w ostatnich czasach stosunków Niemiec z mandarynami, Dr. Steffan jakby nie doceniał zaszczytu, który przynosi tytuł radcowski, więc mu radziectwo cofnięto, ale oczywiście 300 Mk. nie zwrócono.

Zatarg ten, któremu nie brak cech komicznych, miał jedną dobrą stronę: rząd pruski wydał rozporządzenie, ażeby od »lekarzy prywatnych« nie ściągać taksy za tytuł radziecki, gdyż »lekarze prywatni, pełniąc na wezwanie rządu rozmaite czynności urzędowe, (dodajmy najczęściej bezpłatnie) winni być w tym względzie zrównani z lekarzami rządowymi«. Wywołanie bodaj takiego przyznania warte przecie 300 Marek.

Mianowania i odznaczenia. Tytuł prof. nadzwyczajnego w Uniwersytecie wiedeńskim otrzymali docenci: Finger, Rabl, Schiff. Herzfeld i Lorenz. Prof. nadzwyczajni: Kriukow (Moskwa) i Zielenow (Charkow) mianowani profesorami zwyczajnymi. Naczelnym lekarzem armii pruskiej na miejsce zmarłego Dra Colera mianowany został Dr. Leuthold, lekarz nadworny cesarza. Mianowani kierownikami kliniki lekarskiej w Brukseli: prof. Stinow i prof. Destrée. Docent Schrutz mianowany profesorem nadzwyczajnym historyi medycyny i epidemiologii w czeskim Uniwersytecie w Pradze.

Nekrologia. W Warszawie zmarł dnia 15 b. m. Dr. Tymoteusz Sypniewski w 67 roku życia. Był właścicielem zakładu ochronnego szczepienia ospy i autorem kilku rozpraw.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 37. Wielowiejski i Kopytowski: Przyczynek do kliniki i do zmian anatomo-patologicznych w skórze przy »pityriasis rubra Hebrae«. Herman: Kilka uwag w sprawie leczenia gruźlicy jąder (c. d.)

— *Medycyna* Nr. 37. Szmurło: O stanach neurastenicznych, powstałych na tle zaburzeń nosowych. Borzymowski: O sterylizacyi materyałów opatrunkowych.

— *Postęp okulistyczny* (sierpień). Wicherkiewicz Bol.: Uraz jako bezpośrednia przyczyna powstawania mięsaków narządu wzrokowego. Majewski: Kilka przypadków zaburzeń umysłowych po operacyi zaćmy.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 37. Heveroch: Transitorni postparoxysmálni paraplegie u epileptiků (c. d.). Wiesner: Diaetotherapeuticky význam vody (c. d.). Čeněk: O hojivém vlivu par formalinových na pertussis.

— *La Presse médicale* Nr. 71. Boinet: Przerost palców wrodzony. Levy: O drożdżach. — Nr. 72. Leredde: Wskazania do leczenia światłem toczenia i umiejscowionych chorób skórnych na policzkach. Coville: Cięcie Phelpsa, jako wstęp do operacyi zastarzałej stopy szpotawej końskiej. Nr. 73. Achard: O mechaniźmie regulującym skład krwi. Tarnaud: Leczenie kamieni gruczołu krokowego.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 37. Türk: Przyczynek do rozpoznawania zrostów osierdzia i wady zastawki trójkończystej. Teweles: O odurzeniu eterowem i sposobie jego stosowania. Lenz: Odurzenie eterowe, psychoza doświadczalna przez zatrucie.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 37. Mayr i Dehler: Przyczynek do rozpoznawania i leczenia uchyłków przełyku. Gebhart: Uwagi kazuistyczne o torbielach krwawych. Dieudonné: Badania doświadczalne nad gruźlicą wieku dziecięcego. Adler: Energietyka komórek zwojowych i ich znaczenie dla czynnościowych chorób nerwów i umysłu. Rahn: Przyrząd skombinowany do intubacyi i ekstubacyi. Hornung: O sercu u pracujących w kiesonach. Kollmann: Przyczynek do nauki o miesiączce błoniastej. Reinach: Wskazania do wzbogacenia w tłuszcz pokarmu osesków tłuszczami roślinnymi zwłaszcza masłem kakaowem. Paul i Sarvey: Badania doświadczalne nad odkażaniem rąk (c. d.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 37. Mayer: Stosunek wydzielania soli potasowych i sodowych w przebiegu raka i gruźlicy. Hellendal: O znaczeniu chirurgicznem trzeszczki, znajdującej się w bocznym przyczepie mięśnia brzuchatego łydki. Watten: Operacyjne leczenie kłótych ran serca. Einhorn: O znajdowaniu się pleśni w żołądku i o jej prawdopodobnem znaczeniu. Bang: O nukleoproteidach i o kwasach nukleinowych. Bruns: Przypadek późnego udaru mózgowego po urazie. Blencke: Przypadek rwy śródstopia.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 37. Credé: Srebro w roztczynie, jako wewnętrzny lek odkażający. Schneider: O objawie paluchowym Babińskiego. Przyczynek do nauki o odruchu podeszwowym. Aron: O wdychiwaniu tlenu. Joseph: Zastosowanie wyciągania przy garbie, spowodowanym chorobą Potta.

Redakcya otrzymała: Popielski: 1) Przyczynek do fizyologii splotu trzewnego. 2) Znaczenije akta jedy w piszczewarenii. 3) Sielezionka i białkowoje brodiło podżełudocznoj żelezy. 4) O mechanizmie diejstwija pilokarpina na żelezy. Reiss: Zwei Fälle seltener localisation des syphilitischen initialaffectes. Beck: Zjawiska elektryczne w rdzeniu pacierzowym.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**